

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

PAULSEN FOUNDATION

1901

PAULSEN FOUNDATION

1901

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS À

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET À LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



NEUVIÈME SÉRIE — TOME SEPTIÈME

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE

90152 PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1908

ВЛАДА

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

Београд

ЗАШТИТА НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

Београд, 1924

ЗАШТИТА НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

Београд

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

Београд

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

РЕПУБЛИКА С СЕРБИЈА

МИНИСТАРСТВО ЗАШТИТЕ НАРОДНЕ ПРАВОСЛАВНОСТИ

Београд



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

## Chronique

---



### Les aliénés en liberté.

Cinq ans sont déjà révolus depuis notre premier recensement quinquennal des actes délictueux et criminels commis par les aliénés en liberté. Durant ce court espace de temps, la situation n'a pas changé, et l'on a vu les aliénés en liberté continuer à voler, à tuer, à incendier, à violer, même à se suicider, sans que la presse politique qui nous relate ces faits de vol, de meurtre, d'incendie, de viol et de suicide, se fût émue, elle, cependant, si prompte à s'émonvoir au moindre cri de séquestration arbitraire, fût-il poussé par un fou avéré. Aussi, malgré certaines critiques qui nous ont été adressées, nous avons poursuivi la tâche que nous nous sommes imposée, convaincu que nous faisons une œuvre utile et que, tôt ou tard, on voudra bien tenir compte des faits ainsi recueillis, et qui ont leur douloureuse éloquence.

Quoi de plus éloquent, en effet, que ces hécatombes

de blessés et de morts, ces véritables massacres d'innocents, victimes d'individus en délire que l'indifférence, la crainte et l'ignorance laissent vaguer sans soins, sans surveillance, dans nos villes comme dans nos campagnes ! Contre ce mal existe un remède que tous les aliénistes connaissent ; il importe de l'appliquer avec persévérance, au grand profit de la tranquillité publique et de la sécurité des personnes. Les aliénés eux-mêmes y gagneront. Au lieu d'errer dans les rues et dans les champs en quête de victimes, ils seront soumis à un traitement approprié dans les établissements qui leur sont destinés, pour n'en sortir qu'après examen sérieux ou certitude de guérison.

Rien ne démontre mieux l'étendue du mal que nous signalons, que les statistiques suivantes, dont les chiffres méritent, à tous égards, d'attirer l'attention non seulement de ceux qui ont souci de la sécurité publique, mais aussi de ceux qui s'intéressent aux questions si complexes de l'assistance des aliénés.

Le tableau suivant résume les faits recueillis pendant les cinq dernières années (1903 à 1907) :

	1903	1904	1905	1906	1907	Total.
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort. .	25	27	32	28	30	142
Suicides et tentatives de suicide. .	22	24	19	24	19	108
Homicides . . . . .	8	13	17	13	13	64
Homicides et suicides . . . . .	9	10	8	18	21	66
Excentricités et actes délictueux. .	12	15	18	4	10	59
Incendies . . . . .	3	3	3	3	2	14
Viol. . . . .	1	»	»	»	1	2
Total. . . . .	80	92	97	90	96	455

Ainsi, dans l'espace des cinq dernières années, nous avons recueilli 455 cas d'aliénés qui, étant en liberté, ont commis des actes délictueux ou criminels plus ou moins graves.

Sur ces 455 cas, nous avons constaté 142, ou 31,20 p. 100 de cas de tentatives d'homicide, d'agressions violentes ou de menaces de mort; 108, ou 23,73 p. 100 de suicides ou de tentatives de suicide; 64, ou 14,06 p. 100 d'homicides; 66, ou 14,50 p. 100 d'homicides et suicides; 59, ou 12,97 p. 100 d'excentricités ou d'actes délictueux; 12, ou 2,63 p. 100, faits d'incendie; enfin 2, ou 0,43 p. 100, de viols.

Si l'on réunit les cas d'homicide (64), et les cas d'homicide suivi de suicide (66), on obtient un total de 130, ou 28,57 p. 100, c'est-à-dire plus du quart de faits recueillis. Si, à ce chiffre élevé, on ajoute celui des tentatives d'homicide, des agressions violentes et des menaces de mort, on voit que les aliénés ne sont pas toujours ces malades doux et inoffensifs que certains se sont plu à idéaliser, mais qu'ils ne présentent que trop souvent des réactions délirantes d'une rare violence, qui se traduisent d'ordinaire par des attentats contre les personnes.

Les causes de ces réactions sont multiples, et il importe de les avoir toujours présentes à l'esprit. Esquirol les donne en raccourci dans le paragraphe suivant, que nous croyons devoir reproduire :

« Les aliénés attentent à la vie de leurs semblables ;  
« les uns, devenus très susceptibles, très irritables,  
« dans un accès de colère frappent, tuent les personnes  
« qui les contrarient ou dont ils croient être contra-  
« riés ; ils tuent les personnes qu'ils prennent à tort  
« ou à raison pour des ennemis dont il faut se défendre  
« ou se venger. Les autres, trompés par des illusions  
« des sens ou par des hallucinations, obéissent à l'im-  
« pulsion du délire. Quelques-uns tuent, motivent leur  
« affreuse détermination, raisonnent leurs actions, et  
« ont la conscience du mal qu'ils commettent. Quelques  
« autres sont des instruments aveugles d'une impulsion

« involontaire, instinctive, qui la pousse au meurtre.  
 « Enfin, on observe des idiots qui, par défaut de développement de l'intelligence, dans l'ignorance du mal  
 « comme du bien, tuent par imitation (1). »

Les faits d'homicide suivi de suicide n'avaient pas échappé à la sagacité clinique de l'illustre aliéniste, et il leur consacre un paragraphe spécial de son remarquable article *Suicide* (2), dans lequel il analyse avec soin les motifs qui déterminent la plupart des malades à tuer avant de se tuer. Les faits de suicide-homicide, comme il les appelle, n'étaient pas rares à son époque ; si nous en croyons nos statistiques, ils semblent devenir de plus en plus fréquents, au point même de dépasser le chiffre des homicides simples.

Les victimes de ces attentats contre les personnes, sont malheureusement nombreuses, et il importe d'en établir le compte. Voici le tableau que nous avons pu en dresser pour les cinq dernières années :

	1903	1904	1905	1906	1907	Total.
Blessés grièvement . . . . .	24	59	32	31	28	174
Tués . . . . .	16	25	35	32	35	143
Suicidés . . . . .	22	27	19	24	32	124
Total. . . . .	62	111	86	87	95	441

On voit que les 455 cas d'aliénés en liberté que nous avons pu recueillir dans l'espace des cinq dernières années, ont fait 441 victimes. Parmi elles, il en est 174 qui ont été plus ou moins grièvement blessées ; mais on peut affirmer sans exagération qu'un certain nombre d'entre elles ont succombé à leurs blessures, ou sont restées estropiées pour le restant de leur vie. Notre

(1) Esquirol. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Edition belge, 1838, t. I, p. 276.

2) *Id. Ibid.*, p. 276.

tableau statistique nous fournit ensuite 143 personnes tuées; enfin, 124 aliénés se sont suicidés, dont plus de la moitié (66), après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants, ou bien encore des personnes de leur entourage, parfois même de simples passants.

Comme le faisait déjà observer Esquirol, la plupart des « suicides-homicides » sont des mélancoliques, surtout des mélancoliques anxieux, qui se disent ruinés, perdus, déshonorés; qui s'accusent de crimes imaginaires et se croient la cause de la ruine et du déshonneur de leurs familles; qui s'imaginent être damnés, voués à la guillotine. Ces malades, en proie à des angoisses morales en quelque sorte continues, pour qui tout prend un caractère sinistre, ne voient de repos que dans la mort et cherchent dans le suicide la fin de tous leurs maux. Et s'ils laissent après eux des êtres qui leur sont chers, dont le destin sera de souffrir comme eux, d'être déshonorés, le mieux est de les faire disparaître, en même temps qu'ils disparaîtront eux-mêmes.

Parmi ces « suicides-homicides », on trouve encore des alcooliques et même certains persécutés, qui, les premiers par une sorte de jalousie pathologique, les seconds par un sentiment de vengeance, — les uns et les autres sous l'influence d'un paroxysme délirant — frappent leur victime et se tuent ensuite.

Ce qu'il importe surtout de faire remarquer, c'est que la grande majorité de ces tragiques « suicides-homicides » ont pour théâtre les familles mêmes des malades qui les accomplissent. M. le Dr Näcke, de l'asile d'Hubertusbourg, a attiré l'attention sur ce point dans une communication intitulée : « Le meurtre familial au point de vue psychiatrique », qu'il a présentée à la soixante-dix-neuvième Réunion des naturalistes et médecins allemands qui s'est tenue récemment à Dresde. Nous avons de cette intéressante communication une

courte analyse que nous reproduisons textuellement (1).

Notre savant confrère « distingue le meurtre familial en complet et en incomplet, suivant que tous les membres de la famille ont été victimes de l'agression, ou seulement un seul d'entre eux, avec ou sans le suicide de l'agresseur. Les observations recueillies par l'auteur, soit par lui-même, soit dans la littérature médicale, sont au nombre de 161 : 110 hommes et 51 femmes, la plupart ayant de vingt à quarante ans et appartenant à la classe populaire. Le suicide ou la tentative de suicide consécutive se trouve chez 20 hommes et 17 femmes. Chez les hommes, l'attentat a été commis dans 66 p. 100 des cas contre la femme seule, dans 10 p. 100 contre l'enfant, dans 6,4 p. 100 contre les deux. Chez les femmes, l'attentat a été commis dans 6 p. 100 des cas contre le mari seul, dans 76 p. 100 contre l'enfant. L'hérédité était très chargée chez 70,5 p. 100 des cas d'hommes et 88 p. 100 des cas de femmes. Le délire, surtout de persécution et de jalousie, s'observait chez 9,6 p. 100 d'hommes et 9,8 p. 100 de femmes. L'auteur a constaté encore : Affections diverses, respectivement 11,7 p. 100 et 23,5 p. 100 ; états crépusculaires, 11,7 p. 100 et 9 p. 100 ; les hallucinations sont rarement observées. »

Les constatations faites par M. Näcke sont des plus intéressantes ; nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur son travail lorsqu'il aura été publié intégralement ; nous y trouverons des arguments nouveaux en faveur de la thèse que nous soutenons sur le danger des aliénés en liberté.

Si, maintenant, à la statistique des cinq dernières

---

(1) *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, n° du 23 novembre 1907, p. 319.

années, nous ajoutons celle des cinq années précédentes, nous obtenons les chiffres suivants :

	1898-1902	1903-1907	Total.
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort . . . . .	116	142	258
Suicides et tentatives de suicide. . . . .	87	108	195
Homicides . . . . .	69	64	133
Homicides et suicides. . . . .	59	66	125
Excentricités et actes délictueux. . . . .	63	59	122
Incendies . . . . .	27	14	41
Viol. . . . .	»	2	2
Total. . . . .	421	455	876

Ainsi, dans l'espace de dix ans, nous avons recueilli 876 cas d'aliénés en liberté, qui ont commis des actes délictueux et criminels plus ou moins graves.

Sur ces 876 cas, on constate 258, ou 29,45 p. 100 de tentatives d'homicide, d'agressions violentes ou de menaces de mort ; 195, ou 22,26 p. 100 de suicides ou de tentatives de suicide ; 133, ou 15,18 p. 100 d'homicides ; 125, ou 14,26 p. 100 d'homicides et suicides ; 122, ou 13,92 p. 100 d'excentricités et actes délictueux ; 41, ou 4,67 p. 100 de faits d'incendie ; enfin, 2 viols.

Si l'on réunit les cas d'homicide (133), et les cas d'homicide suivi de suicide (125), on obtient un total de 258, ou 29,45 p. 100, c'est-à-dire près du tiers.

Quant au compte des victimes humaines faites par ces 876 aliénés en liberté, il est établi, aussi exactement que possible, dans le tableau suivant :

	1898-1902	1903-1907	Total.
Blessés grièvement. . . . .	150	174	324
Morts. . . . .	149	143	292
Suicidés. . . . .	111	124	235
Total. . . . .	410	441	851

On voit, par les chiffres précédents, que, durant la dernière période décennale, 876 aliénés en liberté ont

fait 851 victimes : 324 ont été blessées plus ou moins grièvement ; 292 ont été tuées ; enfin, 235 se sont suicidées.

Ce nombre de victimes est sans doute considérable ; mais il est bien au-dessous de la vérité. Avec un grand nombre de mes confrères de la France et de l'étranger, je suis convaincu que si l'on établissait une statistique exacte — avec tous les renseignements que pourraient réunir les administrations — des crimes et délits commis par les aliénés en liberté, on doublerait peut-être les chiffres que nous obtenons avec nos modestes moyens de recherche.

Quoi qu'il en soit, et en restant dans les limites de notre statistique, nous constatons que, tous les ans, en moyenne, 85 personnes sont les victimes innocentes de la folie ; parmi elles, plus d'une trentaine sont grièvement blessées ; une trentaine sont tuées, et de 20 à 25 se suicident, qui pourraient être sauvées, si elles étaient soumises à une surveillance attentive et à des soins appropriés.

A un mal aussi régulier, dont les conditions de production sont facilement constatables, il est possible d'opposer des remèdes. Et qu'on ne vienne pas objecter qu'il y a là une sorte de fatalité, à laquelle il n'y a qu'à se soumettre. Les victimes innocentes de la folie auraient le droit de réclamer contre cette résignation à la volonté du destin, et de demander qu'un peu de ce zèle prévoyant dépensé pour des questions moins graves, soit appliqué à les protéger contre les faits et gestes des aliénés dangereux.

Cette protection ne présente pas de difficultés insurmontables, comme on pourrait le supposer au premier abord. Si, en effet, on examine avec soin les cas recueillis, on voit — comme nous l'avons maintes fois fait observer — que la très grande majorité des aliénés



en liberté, qui se livrent à des actes délictueux ou criminels, sont, ou des malades qui présentaient depuis plus ou moins longtemps des troubles mentaux et n'étaient ni soignés ni surveillés; ou des malades qui avaient été placés dans des établissements spéciaux, mais qui en étaient sortis prématurément ou s'en étaient évadés.

Il en est de la folie comme de toutes les maladies : on a plus de chance de la guérir si on s'y prend à temps. *Principiis obsta, sero medicina paratur*, dit un vieil adage latin, bien applicable dans le cas particulier. Malheureusement, en ce qui concerne les maladies mentales, on s'y prend rarement à temps. En supposant que le médecin de la famille diagnostique la folie dès son début, que de difficultés pour accepter ce diagnostic et ses conséquences! que d'objections soulevées par l'entourage du malade pour obtenir l'isolement qui, quoi qu'on en dise, est encore le moyen de guérison le plus profitable, « le grand moyen de guérison », selon l'expression d'Esquirol! Et les raisons qu'en donnait l'illustre aliéniste, avec sa rare compétence en la matière, méritent toujours d'être rappelées; ce qu'il a écrit, en 1838, continuant d'être vrai aujourd'hui.

« Les aliénés, dit-il (1), doivent être isolés :

« 1° Pour leur sûreté, pour celle de leurs familles et  
« pour l'ordre public ;

« 2° Pour soustraire ces malades à l'action des causes  
« extérieures qui ont produit le délire, et qui peuvent  
« l'entretenir ;

« 3° Pour vaincre leur résistance contre les moyens  
« curatifs ;

« 4° Pour les soumettre à un régime approprié à leur  
« état ;

---

(1) Esquirol. Mémoire sur l'isolement des aliénés, lu à l'Institut, le 1<sup>er</sup> octobre 1832. In *Des maladies mentales*, t. II, p. 326.

« 5° Pour leur faire reprendre leurs habitudes intellectuelles et morales. »

L'isolement des aliénés, dès le début de leur affection, est donc indispensable, dans l'intérêt même de leur sûreté et de celle de leurs familles, dans l'intérêt aussi de l'ordre public. Plus tard, lorsque ces malades auront été observés avec soin, que par une observation attentive on aura constaté qu'ils sont inoffensifs, des mesures autres pourront être prises à leur égard, dont nous n'avons pas à parler ici. Mais ce qu'il importe, c'est que le placement dans une maison spéciale de tout aliéné, au début de son affection, soit facilité ; qu'il n'y ait pas, pour arriver à cette mesure indispensable, trop de tergiversations de la part des familles, ni trop d'obstacles — j'allais dire de chinoiserie — du côté de la loi.

Les hésitations des familles peuvent se comprendre jusqu'à un certain point : d'une part, elles se font difficilement à l'idée qu'un des leurs soit aliéné et ne veulent voir souvent dans les actes et les paroles d'un cerveau en délire que de simples modifications de caractère ; d'autre part, elles ont trop souvent pour l'asile d'aliénés des répugnances qu'excitent encore les articles de certains journaux politiques qui se sont fait une spécialité d'attaquer les médecins aliénistes. On trouvera peut-être exagéré que ces attaques puissent avoir quelque influence sur le nombre des entrées dans les établissements spéciaux ; et cependant cela est. Un de nos distingués confrères de province, M. le D<sup>r</sup> V. Bourdin, médecin en chef de l'asile du Mans, a constaté, pour l'année 1906, une diminution très sensible des admissions, relativement aux années antérieures ; cette diminution atteint la proportion de 20 p. 100. « Je crois, écrit M. Bourdin « dans son *Rapport médical annuel* (1), que le nombre

---

(1) V. Bourdin. Rapport médical de l'asile d'aliénés de la Sarthe pour l'année 1906. Broch. in-8°. Le Mans, 1907, p. 4.

« des admissions s'est trouvé faussé par le fait d'une  
« campagne de presse très vive menée en 1906 contre  
« les séquestrations dites arbitraires. Quelques faits  
« dénoncés par les journaux ont vivement ému l'opi-  
« nion publique, et le Ministère lui-même s'est vu dans  
« la nécessité de lancer quelques circulaires pour rendre  
« les préfets plus prudents dans les internements. Bien  
« que les faits en question n'aient jamais été prouvés,  
« le résultat du mouvement d'opinion a été ce qu'il est  
« toujours en pareils cas : les admissions se sont ralen-  
« ties. »

Mais il importe surtout de ne pas accroître les hésitations des familles en hérissant de difficultés, administratives ou autres, l'entrée des asiles d'aliénés. Il faut louer, à ce point de vue, la sagesse du législateur de 1838, qui a réduit les formalités de placement à leur minimum : un certificat, une demande de placement et quelques pièces d'identité. Ce peu ne suffit plus, aujourd'hui, et on doit le regretter. Les esprits timorés, que hante le spectre des séquestrations arbitraires, exigent davantage ; il leur faut l'intervention de la magistrature, des jugements en chambre de conseil, un luxe de paperasserie, que sais-je encore ? Et ils ne se demandent pas ce que deviennent, en tout cela, et le secret médical et le secret des familles ; et ils ne voient pas qu'en présence de toutes ces difficultés, on retardera de plus en plus le placement des malades, qui, livrés à eux-mêmes, augmenteront le nombre des incurables et — chose non moins grave — pourront commettre, selon la nature de leur délire, des crimes ou des délits plus ou moins graves.

« Fait curieux et bon à faire remarquer, c'est au  
« moment même où, par suite du progrès de nos con-  
« naissances, nos asiles se transforment peu à peu en  
« hôpitaux ouverts, que les différents projets de revision

« de la loi de 1838 s'appliquent à l'envi à rendre les  
« formalités d'admission de plus en plus compliquées.  
« N'y a-t-il pas là, chez nos législateurs, comme un  
« reste de cette ancienne suspicion vis-à-vis des méde-  
« cins aliénistes, suspicion évidemment injustifiable,  
« mais par cela même plus difficile à déraciner ? »

Ces lignes écrites il y a cinq ans et que nous croyons devoir reproduire (1), n'ont été infirmées en rien par les récents débats de la Chambre des députés qui ont abouti au vote d'une nouvelle loi sur les aliénés. Heureusement, cette loi, dont notre savant collaborateur, le Dr Giraud, a été, ici même, le critique très avisé et particulièrement compétent (2), est soumise à l'étude d'une Commission du Sénat, qui, nous en sommes convaincu, tiendra à honneur de l'amender, de l'améliorer, d'en faire une véritable loi d'assistance, conciliant l'intérêt des malades et celui de la sécurité publique.

En ce qui concerne les actes délictueux et criminels commis par les aliénés sortis prématurément des asiles, il ne semble pas impossible d'en diminuer le nombre. Bien des délits (vols ou autres), bien des homicides et même des suicides seraient épargnés, si on arrivait à dépister la dissimulation si fréquente chez cette catégorie de malades dans laquelle se recrutent les aliénés dangereux. On sait combien est parfois difficile et délicate la tâche du médecin en présence de tels malades ; mais, appliquant l'adage : Le passé répond de l'avenir, il est possible, en scrutant avec soin les antécédents et la marche de l'affection, de distinguer si l'on se trouve

---

(1) Ant. Ritti. Les aliénés en liberté. In *Annales médico-psychologiques*, n° de janvier-février 1903, p. 10.

(2) A. Giraud. La revision de la loi du 30 juin 1838 à la Chambre des députés. In *Annales médico-psychologiques*, n° de mars-avril 1907.

en présence d'une véritable rémission ou si on a affaire à une simple dissimulation. Mais, en présence de cas douteux, qu'on ait toujours présent à l'esprit ce que notre regretté maître et ami, Jules Falret, disait des persécutés : « Pour apprécier avec justesse le danger que  
« peuvent offrir certains aliénés, il importe de ne pas  
« se laisser induire en erreur par les apparences de  
« raison que présentent souvent ces malades et par  
« l'extrême dissimulation dont quelques-uns nous  
« donnent fréquemment le spectacle (1). »

Nous devons à la vérité de dire que la sortie prématurée de certains de ces aliénés dangereux, dissimulateurs, est due, d'ordinaire, non à l'initiative du médecin traitant, mais à l'intervention de personnes étrangères à la médecine, naturellement incompetentes, qui, voyant un malade calme, tranquille, raisonnant, mais dissimulant soigneusement ses idées délirantes, ne veulent pas le considérer comme un aliéné « au vrai sens du mot ». Les cas de sortie de ce genre ne sont pas rares ; il importerait, dans l'intérêt de la science, de les publier avec leurs déplorables conséquences. Le nombre est grand, en effet, de ceux qui ambitionnent de jouer le rôle de Don Quichotte des fous ; mais il faut bien reconnaître que si, à l'égal de l'immortel héros de Cervantès, ils sont sans doute animés de bonnes intentions, comme à lui aussi, il leur manque le savoir exact, ainsi que le sens de la réalité des choses.

Parmi les plus obstinés dissimulateurs, se placent les malades obsédés par l'idée de suicide. Combien de ces malades, une fois placés dans un établissement spécial, se calment au bout de quelque temps et manifestent ouvertement que les idées dont ils souffraient se

---

(1) J. Falret. Les aliénés et les asiles d'aliénés, Paris, 1890, p. 236.

sont dissipées et qu'ils peuvent, sans inconvénient, être rendus à la liberté. Qu'on cède à leurs désirs, on apprend que, peu après leur sortie, ils ont profité de la première occasion favorable pour se tuer. Jules Luys a publié, sur ce point, un travail intéressant avec observations à l'appui (1). Pour éviter que de tels faits se produisent, ce savant aliéniste demande que, pour protéger contre eux-mêmes les aliénés obsédés par des idées de suicide, ils soient placés d'*office* et qu'ils ne puissent sortir de l'asile public ou privé dans lequel ils ont été placés qu'après avoir été examinés avec soin par une commission de médecins compétents.

En insistant sur la gravité des méfaits que peuvent commettre les aliénés en liberté, en essayant de rechercher les remèdes à un mal qui est loin de diminuer, nous n'obéissons pas à un vain besoin de polémique. Le médecin, appelé au lit d'une personne atteinte d'une affection contagieuse, ne remplirait qu'une partie de sa tâche si, tout en prodiguant ses soins à son client, il n'employait les mesures efficaces pour empêcher la propagation du mal. A l'aliéniste incombe aussi un double devoir. Soigner l'aliéné, le protéger contre lui-même, sont choses capitales sans doute; mais ce qui n'importe pas moins, c'est d'éclairer le public sur les dangers que cet aliéné fait courir à la société, dangers qui sont réels, quoiqu'on veuille les ignorer de parti pris.

ANT. RITTI.

---

(1) J. Luys. Du danger des sorties prématurées des asiles pour les aliénés à idées de suicide. *L'Encéphale*, 1881, p. 618. Cf. Ant. Ritti. Art. Suicide, du *Dictionnaire de Dechambre*.

---

---

## Pathologie.

---

# PARALYSIE GÉNÉRALE

ET

# APHASIE SENSORIELLE

PAR LES DOCTEURS

**J. RAMADIER** et **L. MARCHAND**

Médecin directeur

Médecin adjoint

de l'asile de Blois.

---

La littérature médicale contient actuellement plusieurs cas de paralysie générale compliquée d'aphasie motrice ou sensorielle; les lésions de méningo-encéphalite diffuse en se localisant sur tel ou tel centre du langage déterminent une symptomatologie spéciale. MM. Magnan, Joffroy, Sérieux (1), M<sup>lle</sup> Pascal (2) en ont rapporté plusieurs exemples, et l'un de nous a publié, en collaboration avec M. Toulouse (3), une observation de paralysie générale sénile avec aphasie sensorielle.

Dans la plupart de ces cas, la forme atypique de la paralysie générale est déterminée par la même maladie

---

(1) Sérieux. Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. *Rev. neurologique*, 30 mars 1900.

(2) C. Pascal. Formes atypiques de la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1905.

(3) Toulouse et Marchand. Un cas de paralysie générale sénile. *Soc. méd. psych.*, juillet 1903.

cérébrale, c'est-à-dire par la méningo-encéphalite, qui altère plus profondément une région de la zone du langage.

A côté de ces cas, il existe des paralysies générales au cours desquelles surviennent des troubles d'aphasie motrice ou sensorielle dus, soit à des foyers de ramollissement, soit à des foyers hémorragiques secondaires à de l'artério-sclérose cérébrale, maladie surajoutée à la méningo-encéphalite.

Dans le cas suivant, l'aphasie sensorielle a été provoquée par un foyer de ramollissement et non par un foyer prédominant de méningo-encéphalite au niveau de la zone sensorielle auditive ; de plus, le ramollissement était localisé au niveau du lobe temporal droit ; il n'existait dans le lobe temporal gauche aucune lésion profonde, mais des traces de méningo-encéphalite diffuse sans prédominance des lésions.

*Sujet ayant subi de nombreuses condamnations pour vols, violences, incendies, vagabondage. — Examen médico-légal à l'âge de cinquante-trois ans. — Paralysie générale et surdité verbale. — Autopsie : méningo-encéphalite diffuse subaiguë. Ramollissement du lobe temporal gauche.*

Ch..., âgé de cinquante-trois ans, entre à l'asile de Blois le 5 octobre 1906. Les antécédents héréditaires de ce malade nous font complètement défaut ; Ch... n'a jamais pu, pendant la durée de son internement, nous donner aucun renseignement précis sur ses antécédents personnels.

Le malade a été arrêté, le 11 septembre 1906, pour incendie volontaire et vagabondage.

D'après les documents communiqués par l'autorité judiciaire, nous apprenons que ce malade a déjà subi sept condamnations aux dates suivantes :

- 8 juillet 1868, pour vol : 1 mois de prison.
- 19 août 1875, pour coups et blessures : 3 mois de prison.
- 30 janvier 1893, pour violences : 1 mois de prison.
- 20 février 1902, pour complicité de vol : 8 jours de prison.



22 avril 1902, pour mendicité : 24 heures de prison.

30 janvier 1906, pour mendicité : 8 jours de prison.

9 août 1906, pour incendie volontaire et vagabondage : 5 jours de prison.

Le 11 septembre 1906, Ch... est surpris au moment où il faisait du feu dans une haie auprès de laquelle se trouvait une meule de paille. Arrêté, il est conduit devant le maire du pays qui ne peut tirer de lui aucune parole compréhensible, et, de là, il est transféré à la prison de Blois, d'où il est, à la suite d'un examen médico-légal, interné d'office à l'asile public d'aliénés.

Ch... est de taille moyenne, les traits du visage sont réguliers, le regard est morne et la physionomie niaise. L'attitude est affaissée, déprimée, la tenue correcte. Pas de stigmates physiques de dégénérescence; la dentition est mauvaise, les cheveux sont blancs. Pas de cicatrices spécifiques. Constitution générale bonne; les artères radiales sont dures. Varices nombreuses aux membres inférieurs, localisées surtout à la partie interne des cuisses. Léger œdème. La langue est rouge vif sur les bords et blanche à sa partie médiane.

Les fonctions organiques paraissent normales.

La sensibilité tactile et algésique paraît obtuse par tout le corps. Il est impossible de préciser l'état de l'acuité visuelle.

Inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche. Signe d'Argyll-Robertson.

Pas de troubles paralytiques; léger tremblement des extrémités. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Pas de troubles trophiques; léger dermographisme.

Les troubles de la parole sont très prononcés. Par moments, Ch... émet des sons complètement incompréhensibles; d'autres fois il répond quelques mots non en rapport avec la question posée. La parole est embarrassée, hésitante, mais il est difficile de se rendre compte si ce sont là des troubles dysarthriques surajoutés aux troubles dyslogiques. Ch... écrit son nom sans faute; on ne peut lui faire écrire d'autres mots. L'écriture est tremblée et certaines lettres sont illisibles.

Les troubles du langage parlé rendent l'interrogatoire de ce malade très difficile. La mémoire est affaiblie; Ch... dit qu'il est né en 1852, en octobre, à P..., dans la Dordogne, qu'il a fait son service militaire à Périgueux, qu'il est boulanger, qu'il a cinquante-trois ans. Nous ne parvenons pas à savoir s'il est marié, s'il a des enfants; il ne peut nous dire de quel pays il

vient. Il sait qu'on est au mois d'octobre, mais ne peut préciser la date. Il résoud d'une façon fantaisiste les calculs les plus simples ; il dit que  $1 + 1$  font 2, que  $2 + 2$  font 3,  $3 \times 6 = 12$ . Nous lui demandons de nouveau combien font  $3 \times 6$ , il répond 14, une autre fois 16, et enfin une quatrième fois 18. Ch... nous dit qu'il n'a pas la vérole, mais ce renseignement ne saurait être regardé comme précis.

Il faut répéter plusieurs fois à Ch... les questions pour obtenir une réponse. Un certain nombre de questions ne sont pas comprises ; Ch... ne se rend aucun compte des contradictions qu'il émet. Il ignore qu'il est dans un asile d'aliénés et reste indifférent quand on le lui apprend.

Pas d'idées délirantes apparentes. L'émotivité est affaiblie ; les menaces verbales, les gestes ne déterminent chez Ch... aucune émotion, aucune crainte.

12 octobre 1906. — Ce malade présente des symptômes nets de surdité verbale.

Il ne peut accomplir aucun mouvement simple au commandement. On lui dit : donnez-moi la main, le malade ne comprend pas. Si on lui tend la main, il donne la sienne. On lui dit de s'asseoir, il ne comprend pas ; on lui montre une chaise et on lui fait signe de s'asseoir, il obéit. Les actes, tels que marcher, se lever, prendre un objet quelconque, ne sont pas exécutés au commandement verbal, mais à la vue d'un signe.

On montre à Ch... une clef, il ne peut dire le nom ; on lui fait voir une montre, il dit un mot sans signification.

14 octobre. — Accès de colère et de violence sans raison. Ch... marche pieds nus dans la cour, il urine involontairement dans son pantalon. La nuit il vole des objets dans les poches de ses camarades.

20 octobre. — Gâtisme complet, aspect affaîssé.

21 octobre. — A 2 heures de l'après-midi, Ch... a un ictus, puis un second une demi-heure plus tard. Etant assis sur un banc, il est tombé sans connaissance sur le côté droit. Bouche déviée à gauche, les membres supérieurs sont légèrement contracturés. — Réflexes rotuliens très exagérés. — Face et yeux congestionnés. Grincement des dents. Température  $37^{\circ}8$ .

2 novembre. — Gâtisme complet, excitation nocturne depuis plusieurs jours. Inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche, signe d'Argyll-Robertson. Les pupilles sont légèrement déformées ; réflexes rotuliens exagérés, réflexe plantaire en flexion à droite, absence de réflexe plantaire à gauche.

Le malade ne comprend aucune des phrases simples qu'on lui dit, il n'exécute aucun des mouvements qu'on lui commande. Mis en présence de gros caractères d'imprimerie, il ne peut lire les lettres et prononce des mots incompréhensibles.

6 novembre. — Nouvel ictus qui laisse après lui une hémiplegie droite avec légère contracture.

Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés, réflexes plantaires en flexion des deux côtés, mêmes troubles pupillaires; mutisme complet. Ch... ne comprend rien de ce qu'on lui dit; il voit, mais ne comprend pas les gestes qu'on lui fait et ne saisit pas les objets qu'on lui montre. Langue rôtie.

Le malade meurt le 4 décembre 1906.

AUTOPSIE. — L'autopsie a été faite vingt-quatre heures après la mort.

Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Le cerveau s'enlève très facilement de la boîte crânienne. Grande abondance de liquide céphalo-rachidien. Les méninges sont épaisses, fibreuses et opalescentes à la partie convexe des hémisphères. Le cerveau paraît se décortiquer facilement à l'examen macroscopique. Les ventricules latéraux sont très dilatés; léger granité du plancher du quatrième ventricule; la paroi des ventricules latéraux est lisse.

Athérome des artères de la base.

Au niveau du lobe temporal droit et du lobe pariétal, on observe sur la surface convexe de l'hémisphère une dépression occupant la partie moyenne de la première et de la deuxième temporales et la partie inférieure de la pariétale inférieure. Sur les coupes vertico-transversales, on remarque que le foyer de ramollissement s'étend jusqu'au niveau de la paroi externe du ventricule latéral. La partie ramollie est constituée par une matière jaunâtre, gélatineuse, avec quelques fibres allant d'une paroi à l'autre. Sur l'hémisphère gauche, on n'observe aucune lésion circonscrite. Pas de prédominance de la méningo-encéphalite au niveau du lobe temporal gauche.

L'hémisphère droit pèse 600 grammes; le gauche, 610 gr.; le bulbe et le cervelet, 185 grammes.

Aucune lésion apparente sur le cervelet.

Les *poumons* sont congestionnés, le droit pèse 950 grammes, le gauche, 630 grammes. Le foie pèse 1.490 grammes; aspect de foie muscade.

Les *reins* présentent des lésions de néphrite chronique. La

substance corticale est très réduite, la décortication se fait bien; le rein droit pèse 205 grammes, le gauche, 195 grammes.

*Rate.* Normale; poids : 175 grammes.

*Cœur.* Présente des lésions d'athérome au niveau de l'aorte; poids, 450 grammes.

*Glande thyroïde.* Aspect normal; le lobe droit pèse 7 gr., le lobe gauche, 14 grammes.

*Examen histologique.* L'examen a porté sur les circonvolutions des régions motrices droite et gauche et sur les circonvolutions temporales droites. Les méthodes employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin et à l'hématoxyline.

*Méninges.* Les méninges sont très épaissies, infiltrées de noyaux embryonnaires. Elles adhèrent intimement par endroits au cortex sous-jacent. Au niveau de ces adhérences qui n'apparaissent pas à l'examen macroscopique, on remarque des amas de noyaux embryonnaires qui pénètrent le cortex. Le plus souvent un vaisseau atteint de périartérite est situé dans le voisinage de ce tissu inflammatoire. Au fond des sillons il existe dans les méninges molles de gros foyers inflammatoires; la plupart des vaisseaux compris dans les méninges molles sont atteints de périartérite.

*Cortex.* — Infiltration diffuse de tout le cortex par des petites cellules rondes fortement colorées qui sont les unes des lymphocytes, les autres des noyaux névrogliques. Quelques vaisseaux de la substance corticale et un très grand nombre de vaisseaux compris dans la substance blanche présentent un manchon de cellules embryonnaires.

Leurs parois sont par endroits infiltrées par un pigment prenant une coloration jaune verdâtre foncé par la méthode de Nissl.

Les cellules pyramidales présentent de nombreuses granulations; un certain nombre sont pigmentées et échancrées par de petites cellules rondes embryonnaires. Quelques noyaux sont excentriques. La névroglie a fortement proliféré dans toute la couche moléculaire; elle est formée par de grosses cellules en araignée avec prolongements hypertrophiés. Autour des vaisseaux, la prolifération est également manifeste.

Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre par endroits et presque disparues complètement dans d'autres.

Le foyer de ramollissement localisé au niveau du lobe temporal droit présente les caractères classiques du ramollissement

cérébral. La paroi du foyer est formée par un tissu de sclérose très accusé. A l'intérieur, on voit de nombreux vaisseaux à parois épaisses, des fibrilles de tissu névroglique comprenant dans leurs mailles de nombreuses granulations graisseuses. Un millimètre à peine de tissu sain sépare le foyer de ramollissement de la cavité ventriculaire. Absence complète de fibres à myéline dans l'intérieur du foyer. A la périphérie, les fibres à myéline prennent une coloration pâle par la méthode de Weigert-Pal.

*Bulbe.* — Aucune lésion dégénérative des faisceaux blancs. Prolifération névroglique intense sous le plancher du quatrième ventricule. Nombreuses granulations épendymaires. Pas de lésions des plexus choroïdes.

*Glande thyroïde.* — Aspect microscopique normal.

Les symptômes paralytiques et aphasiques qui surviennent chez les paralytiques généraux sont habituellement fugaces et dus à des phénomènes congestifs transitoires, surajoutés aux lésions de méningo-encéphalite. En quelques jours, en quelques heures souvent, les accidents disparaissent ; on rencontre des paralytiques généraux qui ne restent pas hémiplegiques ou aphasiques après plusieurs ictus cérébraux, suivis cependant momentanément de troubles paralytiques. Les cas de paralysies persistantes sont rares et les lésions qui les déterminent siègent souvent, non dans l'écorce, mais dans la capsule interne (Zacher) (1). Ces lésions sont dues généralement à l'athéromasie cérébrale surajoutée, et non à la méningo-encéphalite. On pourrait même dire que la méningo-encéphalite diffuse subaiguë est une maladie cérébrale qui se complique rarement de gros foyers hémorragiques ou de ramollissement.

---

(1) Zacher. Trois cas de paralysie générale progressive avec lésion en foyer sous la capsule interne. *Arch. de psych.*, XIX, 3. — Sur deux cas de paralysie générale avec complication d'un foyer dans la capsule interne. XVIII<sup>e</sup> Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, 30 octobre 1887.

L'histologie, comme l'un de nous (1) l'a déjà montré, permet d'expliquer ce fait. Une néoformation vasculaire existe d'une façon manifeste dans le cortex des paralytiques généraux, néoformation que l'on retrouve en général dans tous les tissus enflammés. Cette richesse vasculaire favorise le cours du sang et s'oppose aux ischémies comme aux stases sanguines. Les foyers hémorragiques et de ramollissement ne peuvent être dus, dans la paralysie générale, qu'à des lésions surajoutées des gros vaisseaux cérébraux, et l'affection la plus commune qui détermine leur thrombose ou leur rupture est l'athéromasie cérébrale.

---

(1) L. Marchand et Cl. Vurpas. Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire chez une jeune fille. *Soc. méd.-psych.*, 26 janvier 1901.

---

---

---

SUR LA

# FORME DITE CARDIO-VASCULAIRE DE L'ÉPILEPSIE

PAR LES DOCTEURS

**ANGLADE et JACQUIN**

Médecin en chef      Médecin adjoint  
de l'asile d'aliénés de Bordeaux.

---

La question du rôle de l'artério-sclérose dans la genèse de l'épilepsie, et particulièrement de l'épilepsie tardive, est, plus que jamais, à l'ordre du jour. Cela résulte de la conception de Grasset sur les cérébro-scléroses lacunaires et de ce que l'on sait depuis peu sur le cerveau sénile (Léri).

Pour la majorité des auteurs (Maupaté, Lüth, Redlich, Masoin, Hubert, etc...), l'épilepsie est dite tardive lorsqu'elle éclate chez l'homme après trente ans, et chez la femme après vingt-cinq ans.

En fait, comme le dit très justement Féré, « toutes les formes d'épilepsie peuvent se rencontrer à tous les âges ».

Plutôt que de chercher une limite d'âge à l'épilepsie essentielle et à l'épilepsie tardive, il serait plus juste de s'arrêter sur les différences anatomiques qui s'observent dans les cerveaux d'épileptiques, quelle que soit l'époque de l'apparition de la névrose.

Au point de vue clinique, on s'accorde à reconnaître que les symptômes sont les mêmes ; mais, au point de vue anatomique, il y a bien deux sortes d'épilepsie.

L'une se caractérise par une cérébro-sclérose diffuse, que le microscope seul peut mettre en évidence et qui ne s'annonce, sur la table d'autopsie, que par une élasticité et une fermeté très particulières, il est vrai, du cerveau; l'autre offre aussi ces mêmes caractères macroscopiques et histologiques, mais, en outre, il s'y joint des lésions lacunaires visibles à l'œil nu.

Il faut savoir que cette dernière forme, comme on pourrait le penser, ne s'observe pas exclusivement dans la sénilité, ni même dans l'épilepsie très tardive.

Les deux exemples que nous allons rapporter ont trait, précisément, à deux malades qui étaient devenues épileptiques, l'une à vingt-six ans, l'autre à trente-trois ans.

Leur cas est encore remarquable par l'association des lésions cérébrales aux lésions cardiaques.

OBSERVATION I (personnelle). — B..., veuve Pl..., trente-trois ans, entrée à l'asile de Château-Picon, le 7 juillet 1896, pour « épilepsie avec accès mélancoliques, au cours desquels elle aurait fait plusieurs tentatives de suicide ».

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père alcoolique, mort de « sang glacé (?) ». Mère morte d'une fluxion de poitrine : quatre enfants : a) la malade; b) un garçon mort à vingt-deux ans de la poitrine; c) une fille mariée, bien portante; d) un fils, bien portant.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade s'est mariée jeune; son mari est mort à vingt-sept ans, de tuberculose pulmonaire. Elle a eu trois grossesses, dont deux enfants morts en naissant et une fille morte à quinze ans de tuberculose pulmonaire. Rien à signaler dans les antécédents pathologiques; la malade s'enrhumait facilement.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Aurait eu sa première crise à l'âge de vingt-six ans, à la suite de la nouvelle de la mort de son frère.

ÉTAT ACTUEL. — La malade, au moment de ses époques menstruelles, a trois ou quatre attaques convulsives nettement épileptiques et surtout nocturnes. Attaques complètes, très



violentes, à la suite desquelles elle présente un état confusionnel à allures mélancoliques avec idées de suicide.

Elle présente assez fréquemment des vertiges, de courte durée, caractérisés par de la pâleur et de la perte de connaissance.

*Janvier 1903.* — Les crises deviennent de plus en plus nombreuses : deux à trois par semaine ; crises caractérisées par des convulsions franchement épileptiques, généralisées, avec miction involontaire, sommeil et confusion après la crise.

En dehors des crises, la malade n'a jamais d'impulsions, s'occupe assez régulièrement, est plutôt triste, s'isole.

A l'occasion d'un accès d'angoisse respiratoire, notre attention est attirée du côté du cœur. A la palpation, la pointe bat dans le sixième espace, à trois centimètres environ de la ligne mamelonnaire ; choc intense, éréthisme cardiaque ; quelques rares intermittences. A l'auscultation : souffle systolique, en jet de vapeur, se propageant vers l'aisselle... Battement aortique susternal ; souffle aortique systolique. Pouls petit rapide, 106 ; synchronisme des deux pouls radiaux. Dyspnée très accusée. Signes de congestion pulmonaire aux deux bases. Pas de température. Traces d'albumine dans les urines.

Traitement : digitaline ; régime lacté.

*Juin 1904.* — Même état. Les crises convulsives ont la même fréquence et la même intensité.

*Janvier 1905.* — Pas de modifications.

*Mars 1906.* — La malade est alitée, se plaint d'essoufflement. Mêmes signes stéthoscopiques au cœur. Râles de bronchite disséminés.

*5 octobre 1906.* — Signes de congestion de tout le poumon gauche, prédominants à la base ; matité, souffle. A l'auscultation du cœur, on perçoit des souffles à tous les orifices. Dyspnée intense, état général grave : refroidissement des extrémités ; pouls petit, fréquent, irrégulier. Traitement : ventouses, caféine, inhalations d'oxygène.

*15 octobre 1906.* — La malade meurt à 4 heures du soir.

*Autopsie.* — Le 16 octobre, vingt-quatre heures après la mort.

*Poumons.* — Pleurésie ancienne double. Poumon gauche, 710 grammes ; hépatisation de toute le lobe inférieur. Poumon droit, 500 grammes ; congestion de la base ; au sommet, un tubercule caséux gros comme une noisette.

*Cœur.* — 860 grammes ; dilaté et hypertrophié : l'hypertro-

phie est surtout marquée à gauche. Auricule, oreillette et ventricule droit remplis de caillots. Valvule tricuspide un peu scléreuse sur ses bords.

Ventricule gauche rempli de caillots. Plaques très épaisses sur la valvule mitrale : l'orifice mitral est rétréci (insuffisance et rétrécissement très nets). La base des sigmoïdes aortiques est indurée.

*Foie.* — 1.440 grammes, muscade.

*Reins.* — Petits, scléreux, bouclés, chagrinés; aspect de néphrite interstitielle.

SYSTÈME NERVEUX. — *Crâne.* — Épais, dur.

*Dure-mère.* — Épaissie, pas de fausses membranes.

*Pie-mère.* — Épaissie par plaques, le long de la scissure interhémisphérique, transparente partout ailleurs, pas adhérente à l'écorce.

*Artères cérébrales.* — Pas athéromateuses.

*Cerveau.* — 1.270 grammes; ferme dans son ensemble, plus ferme au niveau de la corne d'Ammon.

*Hémisphère droit.* — Au niveau de la région motrice et sur le pied de la deuxième frontale, aspect chagriné, comme vermoulu, de la substance blanche. Plusieurs dilatations lacunaires grosses comme des lentilles, situées à la partie moyenne du noyau lenticulaire. Dans la substance blanche du pôle occipital, une lacune de la dimension d'un pois.

*Hémisphère gauche.* — Au niveau du lobule paracentral, aspect particulier comme vermoulu, chagriné : lacunes dans le noyau lenticulaire. Deux autres lacunes dans la substance blanche du lobe occipital.

*Protubérance et bulbe* fermes, élastiques : olives dures.

*Cervelet.* — Aspect normal.

OBSERVATION II (personnelle). — M<sup>me</sup> veuve B... entre à l'asile de Château-Picon le 5 juin 1903; elle est âgée de soixante-trois ans. D'après le *certificat d'internement*, « l'état morbide se caractérise par des accès répétés de petit mal épileptique, des absences, du délire, de l'incohérence des idées, de l'agitation, surtout la nuit; des accès de fureur, des idées de persécution et des tentatives de suicide ».

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort, était alcoolique. Mère (?); deux enfants : a) un garçon bien portant; b) la malade.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade sait à peine lire et écrire; mariée, elle a eu six enfants : 5 morts en bas âge;

un garçon vivant, âgé de quarante-deux ans, bien portant; plusieurs fausses couches. Emportée, migraineuse, n'a jamais fait d'excès d'alcool. Ménopause à cinquante-cinq ans.

**HISTOIRE DE LA MALADIE.** — La malade a eu sa première crise à l'âge de trente-trois ans, à la suite d'une frayeur. Elle était enceinte. Quelquefois, elle fait quelques mouvements; d'autres fois, une vraie crise survient, avec perte de connaissance, morsure de la langue, miction involontaire, cri initial, respiration stertoreuse.

Depuis ce moment, les crises reviennent périodiquement. La malade a essayé, ces temps derniers, de se suicider en se jetant à l'eau ou en se précipitant par la fenêtre (trois tentatives).

**ÉTAT ACTUEL A L'ASILE.** — « Il y a longtemps, nous dit la malade, que j'ai des crises, mais ce n'est que depuis l'année dernière que j'ai l'idée de me faire du mal. Je rêve la nuit, j'ai des cauchemars, je vois du feu, des enterrements. J'ai des crises tous les mois environ; j'ai été comme folle plusieurs fois et pendant quatre, cinq, six jours, je perdais l'esprit. »

Les crises, que nous avons eu l'occasion d'observer dans la suite, sont nettement épileptiques. Cri initial, perte de connaissance, pâleur, phase tonique, clonique et stertoreuse; miction involontaire des urines, morsure de la langue, amnésie de la crise, délire confusionnel post-convulsif : tels sont les principaux symptômes caractéristiques.

Les crises reviennent assez fréquemment, tous les mois et par séries de trois ou de quatre.

La malade, qui a le caractère hargneux et difficile des épileptiques, n'a jamais voulu se laisser examiner somatiquement. Urines : ni sucre, ni albumine.

**2 mars 1907.** — Dyspnée intense; état général mauvais. Submatité à droite en arrière du poumon; râles fins; respiration soufflante; pouls petit, misérable, hypotendu. La malade est très agitée et l'exploration somatique impossible. Cœur difficile à ausculter. Œdème malléolaire. Les urines n'ont pu être recueillies.

**9 mars.** — La malade meurt à 7 heures du matin.

**Autopsie.** — Le 10 mars, vingt-quatre heures après le décès. Cadavre non émacié, pas d'escarres.

**Poumons.** — A droite, un noyau de pneumonie à la base, un autre dans le lobe supérieur. Rien à gauche.

**Cœur.** — Surcharge graisseuse; ventricule droit dilaté; rien aux valvules. Le ventricule gauche est rempli de caillots, le

muscle épaissi et friable. La mitrale est athéromateuse; plaques très épaisses qui la rendent insuffisante et qui rétrécissent l'orifice auriculo-ventriculaire; sigmoïdes légèrement indurées. Aorte non dilatée.

*Foie.* — Muscade.

*Reins.* — Petits, blancs, kystiques, scléreux.

SYSTÈME NERVEUX. — Crâne dur et épais.

*Cerveau.* — 1.100 grammes. Dure-mère un peu adhérente à la calotte. Pie-mère pas épaissie ni adhérente; très vascularisée sur la pariétale ascendante droite et gauche. Artères du cerveau très athéromateuses; la consistance générale du cerveau est ferme et élastique; le lobe occipital est particulièrement dur.

*Hémisphère droit.* — On note un foyer de ramollissement ancien qui siège au-dessous du sillon interpariétal et qui intéresse une partie du pli courbe de la partie inférieure, le tiers postérieur de la première temporale et du sillon temporal supérieur. En profondeur, le ramollissement va jusqu'à la paroi ventriculaire.

Un autre foyer ancien, superficiel, au niveau de la deuxième temporo-occipitale (tiers moyen).

*Hémisphère gauche.* — Un foyer de ramollissement ancien à la face inféro-interne du lobe occipital, au-dessous de la scissure calcarine, large comme une pièce de 0 fr. 50.

Un autre foyer linéaire, superficiel et ocreux, qui suit la scissure interpariétale dans les deux tiers postérieurs de son trajet.

A la coupe, pas de lacunes lenticulo-opto-capsulo striées ni à droite ni à gauche. A signaler, dans les deux hémisphères, un *aspect festonné* très net de la frontale ascendante.

*Cervelet.* — Un petit foyer de ramollissement sur la face inférieure (tiers postérieur) de l'hémisphère gauche.

*Moelle.* — Prélevée et conservée dans le Müller.

A ces deux faits, nous aurions pu en joindre d'autres, observés depuis peu et relatifs à des épilepsies plus tardives, avec cerveau sénile et insuffisance mitrale.

Ce qui veut dire que les deux exemples que nous rapportons ne sont pas des cas isolés, mais peuvent être, une fois bien étudiés, considérés comme un type d'épilepsie avec association cardio-vasculaire.

L'observation clinique de ces deux malades n'est pas sans intérêt. On y retrouve les accidents convulsifs caractéristiques de l'épilepsie essentielle ; la démence ne s'est même pas installée rapidement, comme cela arrive dans les épilepsies dites tardives, et les troubles mentaux, à caractère intermittent, n'offrent qu'une particularité, celle d'avoir été très nettement mélancoliques avec même de la propension au suicide.

A la vérité, la mélancolie s'observe dans les équivalents psychiques de l'épilepsie ; mais les idées de suicide sont rarement aussi actives que dans nos deux cas, surtout dans l'observation II.

Gélineau attache à celles-ci une importance toute spéciale. « Je signale, écrit-il (page 214), à l'attention « de mes confrères, les idées mélancoliques des car-  
« diaques épileptiques et leur tendance au suicide,  
« qu'aucun d'eux, que je sache, n'avait remarquées. »

Les lésions cérébrales, constatées à l'autopsie de nos deux malades, méritent d'être précisées.

Ce sont des lacunes cérébrales et cérébelleuses, de dimension variable, prenant parfois l'aspect de grands foyers de ramollissement (obs. II). C'est un aspect très particulier, festonné, des circonvolutions motrices.

Au microscope, c'est l'association à un processus de cérébro-sclérose lacunaire, d'un autre processus d'encéphalite scléreuse à tendance atrophique.

Ce dernier processus est celui qui s'observe exclusivement dans l'épilepsie dite essentielle, tandis que dans celle qui nous occupe, il s'y joint un état lacunaire.

L'association de ces deux processus n'a rien qui puisse nous étonner, puisque, selon nous, ils ne sont, l'un et l'autre, que deux étapes différentes ; l'une de ces étapes n'étant, il est vrai, jamais atteinte dans l'épilepsie essentielle.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il existe anatomiquement deux formes d'épilepsie, qui peuvent se réaliser à tout âge, aussi bien à trente ans qu'à soixante ans et au delà.

Alzheimer a tenté de séparer de la forme d'épilepsie sénile « cardio-vasculaire », avec athérome plus ou moins généralisé, et le plus souvent avec troubles cardiaques graves, une forme d'épilepsie sénile en rapport avec des foyers artério-scléreux ; cette forme serait plus ou moins voisine, par quelques manifestations, de l'épilepsie jacksonienne.

D'ailleurs, le cerveau sénile peut se traduire par une cérébro-sclérose diffuse à prédominance frontale, et il s'agit alors de démence, tandis que la forme lacunaire réalise surtout la démence organique.

Ajoutons ici que les lacunes corticales, suivant leurs localisations, détermineront de la démence ou des convulsions, les deux souvent, tandis que les lacunes opto-striées détermineront surtout des troubles moteurs, sensitifs, etc...

Dans nos deux cas, il s'agissait bien d'une épilepsie par cérébro-sclérose à la fois lacunaire et atrophique.

La nature artério-scléreuse de ce processus ne saurait être sérieusement contestée. Grasset l'admettait en principe tout récemment ; les anatomo-pathologistes sont à la veille de se mettre d'accord pour accepter cette interprétation pathogénique.

Mais il faut envisager encore l'association si remarquable, aux lésions cérébrales, des lésions cardio-vasculaires.

Dans nos deux cas, il ne s'agissait point d'athérome diffus et généralisé du cœur, mais bien d'une localisation de ce processus, sous forme de grosses plaques, au niveau de la mitrale.

Cette lésion, comparée à l'athérome des vaisseaux

cérébraux, semble évidemment plus importante ; on serait même tenté de dire qu'elle a été la première en date.

De là à supposer qu'elle a déterminé la lésion cérébrale, il n'y aurait qu'un pas. Nous ne croyons pas devoir le faire.

Est-il admissible qu'il se soit produit des embolies successives et des ramollissements territoriaux correspondants, avec encéphalite de voisinage ? Nous ne le pensons pas. Rien dans l'histoire de nos malades ne nous apprend qu'elles aient eu des endocardites rhumatismales par exemple.

On n'a pas, non plus, observé d'ictus apoplectiformes ou épileptiformes.

Une autre hypothèse pourrait faire songer à la superposition, aux lésions ordinaires de l'épilepsie, des lésions cardio-vasculaires, scléreuses et encéphalo-malaciques.

Cette hypothèse n'est guère acceptable, car les épileptiques voués à une cérébro-sclérose diffuse et atrophique, ne deviennent ordinairement ni des lacunaires ni des cardio-vasculaires.

Nous penchons pour une troisième hypothèse : celle de l'évolution parallèle du processus artério-scléreux dans le cœur, les vaisseaux et le cerveau.

Les mêmes causes ont produit l'insuffisance et le rétrécissement mitral, les plaques d'athérome sur l'aorte, les vaisseaux basilaires et la sclérose névroglique péri-vasculaire dans le cerveau.

Ainsi, selon nous, il n'y aurait pas une épilepsie cardio-vasculaire, mais seulement une épilepsie par cérébro-sclérose lacunaire avec athérome cardio-vasculaire.

Est-il besoin d'ajouter que, dans aucun de ces cas, l'épilepsie ne se comprendrait sans l'intervention d'une prédisposition, d'une « aptitude convulsive » d'origine

héréditaire ou acquise, sur laquelle a justement insisté le professeur Joffroy.

Elle ne doit pouvoir manquer dans aucun cas d'épilepsie, quelles que soient sa forme clinique ou ses lésions anatomiques.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALZHEIMER. — *Allgem. Zeitschrift. fur. Psych.*, 1902.
- BROGLIE. — Épilepsie cardiaque. *Il Morgagni*, novembre 1903.
- CARRIÈRE. — A propos de l'épilepsie tardive. *Nord médical*, 1<sup>er</sup> mai 1904, p. 100.
- FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890. Alcan.
- GÉLINEAU. — Traité des épilepsies. Paris, 1901. Baillière.
- GRASSET. — La cérébro-sclérose lacunaire d'origine artérielle. *Sem. méd.*, 19 octobre 1904.
- HOCHHAUS. — Dégénérescence calcaire précoce des vaisseaux de l'encéphale comme cause de l'épilepsie. *Neur. Centralblatt*, 15 novembre 1898.
- HURERT. — De l'épilepsie tardive. *Gaz. des Hôp.*, 23 avril 1903, et *Thèse*, Paris 1903.
- JOFFROY. — De l'aptitude convulsive. *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 11 février 1900.
- LE BEL. — Épilepsies par troubles de la circulation. *Thèse*, Paris 1888.
- LEMOINE. — De l'épilepsie d'origine cardiaque. *R. v. de Méd.*, 1887.
- LÉRI. — Le cerveau sénile. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes Lille, 1<sup>er</sup>-7 août 1906.
- LUTH. — L'épilepsie tardive. *Allg. Zeit. f. Psych.*, t. LVI, août 1899.
- MAHNERT. — Contribution à l'étude de l'épilepsie cardiaque en général et de l'épilepsie sénile artério-sclerotique. *Wien. med. Wochenschr.*, août 1897, n<sup>os</sup> 33, 34, 35.
- MASOIN. — De l'épilepsie sénile. *Ann. méd.-psychol.*, 1902.
- MAUPATÉ. — Étiologie et nature de l'épilepsie tardive chez l'homme. *Ann. méd.-psychol.*, 1895.
- REDLICH. — De l'épilepsie sénile. *Wien. Med. Wochenschr.*, 1900.
- ROZIER. — De l'épilepsie sénile. *Thèse*, Paris, 1898.
- RUEFF. — Épilepsie cardiaque et phénomènes de rappel. *Rev. de Méd.*, mars 1903, p. 131.
- SCHUPFER. — De l'épilepsie sénile et cardio-vasculaire. *Monatsch. f. Psych. und Neur.*, avril-mai 1900.
- SÉGLAS. — Sur un cas d'épilepsie tardive. *Rev. de Méd.*, 1885.
- STINTZING. — Sur l'épilepsie d'origine cardiaque. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1899, décembre.



UN

# CAS D'AMNÉSIE RÉTROGRADE GÉNÉRALE ET TOTALE

Par le Dr L. CORCKET

Médecin adjoint de l'asile privé du Bon-Sauveur, de Caen.

Dans les derniers jours de mai 1905, on trouva errante sur la voie publique, à Trouville-sur-Mer, une personne paraissant âgée d'environ cinquante ans, vêtue convenablement, et semblant appartenir à la bourgeoisie.

Son air égaré, l'impossibilité où elle était de fournir aucun renseignement sur elle-même et d'expliquer la cause de son vagabondage, firent penser que cette femme était atteinte d'une maladie mentale, et on la mit en observation dans l'hôpital de cette ville. Pendant les six à sept jours qu'elle y séjourna, la malade resta plongée dans un état de stupeur profonde, refusant toute nourriture et ne répondant pas aux questions. On n'avait trouvé sur elle ni argent, ni aucun papier ou objet susceptible d'établir son identité.

Ce fut en vain que la police fit des recherches pour découvrir la famille et le domicile de l'inconnue : elle ne fut réclamée par personne. D'autre part, l'état d'aliénation ne laissant aucun doute, la malade fut transférée, par ordre du préfet du Calvados, à l'asile privé du Bon-Sauveur, de Caen.

Elle entre à l'établissement le 6 juin 1905, sans autres renseignements que ceux énumérés ci-dessus,

c'est-à-dire que ses nom, âge, profession, domicile, etc., sont complètement inconnus. L'ordre de placement la désigne sous ces mots : « M<sup>me</sup> X..., trouvée errante à Trouville », et ce nom de M<sup>me</sup> X... lui est resté jusqu'à l'heure actuelle.

A son arrivée à l'asile, et pendant les quelques jours qui suivent, notre malade est dans un état prononcé de confusion mentale ; elle a l'air abattu, le regard fixe, et montre la plus complète indifférence pour tout ce qui l'entoure ; de temps en temps, elle répète ces mots : « C'est tout noir ! ». Chaque fois qu'on l'interroge sur son nom, son domicile, sur ce qui s'est passé avant son entrée, elle s'applique la main sur le front, semble accomplir un effort douloureux, et finit par faire cette réponse toujours la même : « Je ne sais pas ! »

Cette femme est tranquille et docile, reste là où on la place et ne parle guère spontanément. Physiquement, elle paraît affaiblie, amaigrie, et présente un embarras gastrique intense et de la constipation.

Au bout d'une quinzaine de jours, cet état commence à s'améliorer d'une façon assez rapide : en même temps que l'appétit et les forces reviennent, la malade, peu à peu, quitte son masque d'indifférence ; elle s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle et échange quelques mots avec ses compagnes ; progressivement, elle sort de son inaction et prend part aux travaux de couture et de ménage, qu'elle accomplit avec adresse, en même temps que son langage témoigne d'une plus grande netteté dans les idées.

Cette amélioration ne cesse de s'accroître, et, un mois après l'entrée, la torpeur intellectuelle a complètement disparu, tandis que la santé physique est devenue satisfaisante.

L'état de notre malade est alors le suivant :

M<sup>me</sup> X... ne présente ni délire, ni trouble dans les

perceptions, mais elle n'a gardé aucun souvenir de sa vie passée. Dans sa mémoire, il ne reste nulle trace de tous les faits survenus avant son entrée et pendant les deux premières semaines de son internement; elle ignore complètement son nom, son âge, son domicile, etc.; les circonstances de son entrée, son séjour à Trouville sont également inconnus d'elle; enfin, il lui est impossible de dire si elle a de la famille, des enfants. On présente à la malade des objets trouvés sur elle à l'arrivée : des bagues, un lorgnon, du linge marqué à ses initiales, et on lui demande à qui ils appartiennent; elle répond qu'elle l'ignore. On lui demande ensuite le nom et l'usage de ces objets; elle ne répond pas, mais, sans aucune hésitation, de l'air d'une personne habituée à les manier souvent, elle se met le lorgnon sur le nez et se passe les bagues au doigt. Les initiales de son linge n'éveillent en elle aucun souvenir, bien qu'on lui énumère tous les prénoms de femme commençant par la première des deux lettres. S'étant regardée dans un miroir, la malade fut toute étonnée d'apercevoir son visage qu'elle ne se rappelait pas avoir jamais vu.

M<sup>me</sup> X... s'exprime correctement, mais parfois s'arrête un moment, au cours d'une phrase, à la recherche d'un mot qui lui échappe et qu'elle finit par trouver; quand on la fait lire à haute voix, il lui arrive également d'interrompre sa lecture, à cause d'un mot qu'elle ne peut exprimer.

Si l'on explore l'état de la mémoire au point de vue des notions acquises par l'instruction, on observe que la malade est privée des connaissances les plus élémentaires, même de celles que possèdent toujours les personnes d'un niveau intellectuel inférieur au sien; c'est ainsi que les noms des grandes villes de France, les faits saillants de l'histoire contemporaine, etc., sont des mots correspondant pour elle à des choses inconnues.

Dans le domaine des habitudes manuelles, M<sup>me</sup> X... semble n'avoir rien perdu des acquisitions du passé ; sans aucune indication, peu de temps après son entrée, elle s'est mise au travail et s'est montrée fort adroite à manier l'aiguille, à tailler et assembler les pièces d'un vêtement, à s'occuper du ménage.

Si l'amnésie est complète pour les faits du passé, en revanche, la mémoire de fixation des faits présents semble assez bien conservée ; la malade, après un mois de séjour dans l'établissement, se souvient à peu près normalement de ce qui est survenu dans son quartier depuis une semaine, c'est-à-dire depuis que l'état confusionnel du début a disparu.

L'examen physique ne révèle aucune trace de traumatisme sur le crâne ou ailleurs ; les réflexes rotulien et pupillaire sont normaux ; pas d'anesthésie pharyngienne ni de rétrécissement du champ visuel ; pas de trouble de la sensibilité ni de la motilité ; sommeil assez bon, digestions un peu pénibles, constipation.

Tel est l'état de M<sup>me</sup> X... un mois après son entrée. Il ne s'est produit par la suite que de légères modifications.

*Juin 1906.* L'observation de la malade, poursuivie pendant un an, donne les renseignements suivants :

A part la mémoire, les facultés de cette femme ne sont aucunement affaiblies ; elle est intelligente, active au travail, très tranquille, d'un caractère gai et enjoué ; il y a bien des moments de tristesse qu'elle attribue à l'inutilité de ses efforts pour dissiper la nuit qui enveloppe son passé, mais cela ne dure pas ; elle se résigne, se trouve heureuse ici, et n'a qu'une crainte, celle d'être renvoyée.

Les troubles du langage, constatés dès le début et dus à un certain degré d'amnésie et de cécité verbales, n'existent plus : la malade parle et lit sans hésitation.

Pour ce qui concerne sa vie passée et les circon-

stances qui ont précédé et immédiatement suivi son entrée, c'est encore la même ignorance : « Il me  
« semble, dit-elle, que j'ai toujours été ici... Quand  
« j'entends mes compagnes parler de leur jeunesse, de  
« leur famille, je recherche si moi aussi je n'ai pas de  
« famille, mais je ne trouve rien. »

Cependant, quelques faits démontrent que M<sup>me</sup> X... n'a pas perdu tout contact avec sa vie passée.

Un jour, au cours d'une promenade en ville, elle aperçoit une vieille église, très remarquable par son architecture ; cela la frappe et lui donne l'idée qu'elle a déjà vu un monument semblable : « Je n'avais pas, expli-  
« que-t-elle, le souvenir de cette église ou d'une autre  
« qui fût pareille, mais simplement l'impression, le  
« sentiment, que j'avais dû voir autrefois quelque chose  
« d'analogue. »

D'un autre côté, il lui arrive assez souvent de rêver la nuit ; ses rêves sont de plusieurs sortes, et, dans chaque catégorie, ils ont pour caractère de se répéter d'une façon à peu près identique. Tantôt elle se croit au chevet de sa petite-fille atteinte de méningite, et chaque fois la scène suivante se déroule : l'enfant pousse des cris, se plaint de mal de tête, et, dans un accès de délire, arrache et jette au loin la vessie de glace qu'on lui a mise sur le front. Plus fréquemment, M<sup>me</sup> X... se croit encore auprès d'un lit, veillant une jeune fille, sœur de la précédente ; elle la voit à différentes étapes de sa maladie, et, enfin, morte. Ces deux rêves se reproduisent de façon à peu près semblable pour chacun d'eux ; l'un et l'autre se passent dans la même chambre, disposée de façon pareille, ornée du même mobilier.

Bien que ces rêves ne lui rappellent aucun souvenir, notre malade, frappée de leur répétition et de leur identité, pense qu'ils doivent correspondre à des faits réels de son existence.

Le pouvoir de conservation des souvenirs récents semble à peu près normal ; M<sup>me</sup> X... retient assez facilement ce qu'elle lit dans les livres et dans les journaux ; d'ailleurs, tout ce qu'elle sait, elle prétend l'avoir appris ici ; elle connaît les noms de ses compagnes et n'oublie pas les petits événements qui se passent dans son quartier ; elle est au courant du jour et de la date.

L'état physique est bon, bien que les fonctions digestives soient parfois pénibles. La menstruation n'existe pas ; cette absence des règles, qu'on pouvait croire pathologique au début, paraît normale et due simplement à la ménopause.

*Mars 1907.* L'amnésie est toujours aussi absolue concernant les faits antérieurs à l'entrée. Les rêves signalés plus haut continuent à se produire avec les mêmes caractères, mais ils se sont accrus d'un élément nouveau dû aux circonstances suivantes : la religieuse qui dirigeait le quartier où se trouve notre malade vient de mourir. M<sup>me</sup> X... lui avait voué une affection d'autant plus profonde qu'elle ne se souvient d'aucune affection antérieure : c'est comme si la défunte était la première personne qu'elle ait jamais connue et aimée ; aussi, cette mort l'a vivement affectée, et, depuis, elle en rêve très souvent ; la religieuse lui apparaît se livrant à ses occupations d'autrefois, ou bien elle la voit malade et couchée.

La mémoire, qui, jusqu'ici, semblait être restée assez fidèle au point de vue de la conservation des faits récents et des habitudes manuelles, présente maintenant, par moments, quelques lacunes sur ces points : tantôt la malade ne peut dire, sans longue réflexion, le jour et le quantième du mois ; comme elle circule en toute liberté dans l'établissement, il lui est arrivé, une seule fois, d'oublier son chemin, en cours de route, et d'être forcée de s'arrêter à deux pas de son quartier ; enfin,

pendant son travail, une ou deux fois, elle a dû s'interrompre : « A ces moments-là, dit-elle, je ne savais plus comment faire ; c'est comme si j'avais oublié, tout à coup, la manière de continuer ce que j'avais commencé. » Mais ces défaillances de la mémoire sont rares et durent peu : sans indication de personne, elle a pu retrouver son chemin et continuer son travail.

Néanmoins, M<sup>me</sup> X... est inquiète de ces quelques oublis ; elle redoute de les voir s'accroître et de perdre encore tout ce qu'elle a acquis depuis son entrée ; c'est cette crainte et le chagrin causé par la mort de la religieuse qui l'attristent le plus. Quant au reste, elle est toujours aussi satisfaite de son séjour dans l'établissement, et ne se trouve pas malheureuse. Comme on lui exprime l'étonnement de ne pas la voir émue par l'idée que, peut-être, les siens sont désolés de sa disparition, et continuent de la rechercher depuis deux ans, elle déclare avoir à peu près la certitude, basée simplement sur ses rêves, que sa famille n'existe plus, et que les deux fillettes qu'elle voit mourir en songe devaient être les seules parentes qui lui restaient.

En somme, si l'on fait le bilan des souvenirs de cette malade, de manière à se rendre compte de l'état de sa mémoire, on arrive aux constatations suivantes :

1° M<sup>me</sup> X... a complètement oublié toute la partie de son existence antérieure à son séjour ici : identité, état civil, profession, domicile, conditions sociales, famille, faits particuliers lui étant survenus, notions acquises par l'instruction, tout cela est sorti du domaine de sa conscience, et il y a, sur ces points, amnésie rétrograde générale et totale. Mais, si cette perte de mémoire est complète à l'état de veille, certains souvenirs, probablement exacts, semblent se revivifier sous forme de rêves, pendant le sommeil physiologique.

2° La malade a cependant conservé certains éléments

acquis pendant sa vie passée et qui relèvent, pour la plupart, de l'automatisme : ce sont, tout d'abord, les habitudes manuelles, couture, ménage, etc. ; le manie-ment d'objets familiers comme ceux trouvés sur elle, à son arrivée ; ce sont les règles de la politesse, du savoir-vivre, que donne une éducation convenable ; c'est, enfin, dans un domaine différent, les diverses fonctions du langage, parole, écriture, lecture, qu'elle exécute convenablement, abstraction faite de quelques troubles aphasiques du début, qui furent de peu de durée et qui indiquaient un léger degré d'amnésie et de cécité verbales.

3° La mémoire, sauf quelques défaillances, a gardé le pouvoir de fixer à peu près normalement les faits présents. Il n'y a pas, ou presque pas, d'amnésie antérograde.

4° Les autres facultés ne sont aucunement lésées.

L'amnésie rétrograde, générale et totale, avec intégrité du reste de l'intelligence, est très rare, d'après la plupart des auteurs. Aussi y a-t-il lieu, en présence de ce cas, d'envisager l'hypothèse d'une simulation possible. Les éléments que nous possédons permettent d'élucider ce point.

Tout d'abord, cette femme pouvait-elle avoir intérêt à agir ainsi ? N'aurait-elle pas simulé des troubles mentaux, soit pour éviter les conséquences judiciaires d'un délit quelconque, soit pour échapper à la misère en se faisant placer dans un asile d'aliénés ? Cela semble bien improbable ; en effet, si M<sup>me</sup> X... avait eu des motifs de redouter la justice, il est évident qu'étant à Trouville, libre et inconnue de tous, elle aurait pris soin de ne pas attirer l'attention, et surtout de ne pas adopter une attitude bizarre, dont le résultat devait être fatalement de la faire tomber entre les mains de la police, ce qui eut lieu. D'autre part, elle ne semble pas avoir été dans un état de dénuement complet : à son arrivée, ses



vêtements étaient convenables ; elle a prouvé, par son travail, qu'elle était très apte à gagner sa vie ; enfin, même privée de toutes ressources, cette personne, qui est intelligente et bien éduquée, aurait certainement préféré à l'internement parmi les aliénées un autre mode d'assistance.

On ne trouve pas non plus dans la manière d'être de notre malade, dans la succession des symptômes qu'elle a manifestés, un indice quelconque en faveur de l'hypothèse de la simulation : elle n'a pas le regard sournois, contraint, embarrassé du faux aliéné ; l'expression de sa physionomie est franche et loyale ; loin de chercher à mettre ses troubles mentaux en évidence, elle n'en parle que lorsqu'on porte la conversation sur ce sujet. Cette femme aurait pu, au contact des malades qui l'entourent, modifier son attitude et simuler un délire dont elle a de multiples échantillons sous les yeux ; nous n'avons rien observé de tout cela. Depuis près de deux ans que dure l'internement, on n'a relevé dans ses dires aucune contradiction ; il serait bien surprenant qu'elle ait pu, pendant une si longue période de temps, jouer une pareille comédie, sans jamais se lasser ni se trahir par quelque point.

De tout ceci nous croyons être en droit de conclure que la personne qui fait l'objet de l'observation ci-dessus n'est pas une simulatrice et que les troubles de la mémoire manifestés par elle sont bien réels.

Il est assez difficile de leur attribuer une étiologie précise, vu l'absence totale de renseignements sur les antécédents. Nous sommes en présence d'une amnésie purement fonctionnelle, sans altération organique du cerveau, et qui a succédé à une période de confusion mentale. A quelle cause rattacher l'un et l'autre symptômes ? Est-ce un traumatisme violent, ou bien une commotion morale intense, agissant sur un organisme

prédisposé? Est-ce une intoxication quelconque? Est-ce l'hystérie? L'hypothèse d'une violence extérieure ne mérite pas d'être retenue; M<sup>me</sup> X..., en effet, n'en portait nulle trace sur le crâne, ni ailleurs; d'autre part, l'amnésie post-confusionnelle des traumatisés n'est pas aussi durable, ni aussi étendue.

Il semble rationnel d'admettre comme ayant leur point de départ dans des faits réels, les rêves de notre malade, si caractéristiques par leur répétition et leur identité, et de voir, dans la douleur morale très violente occasionnée par les morts successives de ses deux petites filles, un facteur étiologique important, tout au moins une cause occasionnelle.

Nous n'avons pas trouvé les stigmates physiques de l'hystérie ni constaté un état mental analogue à celui qu'on attribue aux personnes atteintes de cette affection; mais il faut dire que tous ces signes ont bien perdu de l'importance symptomatique qu'on leur reconnaissait autrefois et que leur absence n'implique pas la non-existence de la névrose.

Au contraire, quelques raisons nous semblent plaider en faveur de l'hystérie dans le cas présent: tout d'abord, sa fréquence, en général, comme cause d'amnésie fonctionnelle; puis l'existence de ces rêves en action, où revivent des faits douloureux du passé, oubliés à l'état de veille, et qui manifestent, chez notre malade, cette aptitude commune aux hystériques, à la désagrégation, la sous-conscience, d'avec la personnalité consciente, la première sachant parfois ce que la seconde ignore; enfin, les cas d'amnésie nettement hystérique, cités par plusieurs auteurs, et où les souvenirs réapparaissaient dans les rêves.

D'un autre côté, cette femme présentait quelques troubles gastro-intestinaux, dyspepsie, constipation, qui étaient surtout prononcés à l'entrée, mais persistent

encore ; à cette époque, elle avait atteint la ménopause depuis une période de temps inconnue, peut-être depuis peu ; enfin, les soins qu'elle a prodigués à ses deux petites filles malades ont dû être l'occasion d'un surmenage intense, physique et moral.

Tous ces faits, groupés, représentent autant de causes possibles d'intoxication, causes dont une seule aurait été suffisante, mais qui ont pu agir simultanément et surajouter leur effet l'une à l'autre, pour aboutir à la production des accidents confusionnels et amnésiques observés, ou du moins pour prédisposer le terrain à leur éclosion.

En résumé, la pathogénie la plus vraisemblable de ces symptômes nous paraît être la suivante : un choc moral intense, agissant sur un organisme déjà en état d'auto-intoxication, et probablement entaché d'hystérie.

Outre le problème de l'étiologie, il se pose chez cette femme, une autre question : quel est l'état de sa personnalité ?

Depuis la disparition de l'état confusionnel du début, il semble, en effet, qu'il se soit formé un nouveau « moi » absolument étranger à l'ancien. Mais la séparation n'est pas aussi nette ; la malade a conservé, à l'état inconscient, certaines acquisitions du passé, souvenirs reparaissant dans les rêves, langage, éducation, habitudes manuelles, etc., qui constituent autant d'éléments reliant, pour ainsi dire, les deux parties de son existence, les deux états successifs de son « moi ». Et si, avec M. Régis, on entend par personnalité l'ensemble des états de conscience, de sous-conscience et d'inconscience, on peut dire que, chez notre malade, seule, a disparu la partie consciente de sa première personnalité, tandis que survit la partie sous-consciente ou inconsciente de celle-ci.

---

## Médecine légale

---

# DÉBILITÉ MENTALE CONGÉNITALE

AVEC IDÉES HYPOCONDRIAQUES

INTERPRÉTATIONS DÉLIRANTES ET IDÉES DE PERSÉCUTION

PAR LES DOCTEURS

**H. BOUBILA** et **G. LACHAUX**

Médecin en chef honoraire  
des asiles d'aliénés.

Directeur médecin de la maison  
de santé de Sainte-Marthe,  
de Marseille.

---

Sous ce titre : « Un triple assassinat à la C..... », le *Petit Marseillais* publiait le fait-divers suivant :

« Un drame qui dépasse en horreur tout ce que  
« l'imagination peut concevoir de tragique et d'odieu-  
« sement hors de nature, s'est déroulé hier matin à  
« la C....., où il a soulevé l'indignation unanime de  
« tous les habitants et provoqué une émotion profonde.  
« Un misérable, un fou, espérons-le, du moins, le  
« nommé E. M., a égorgé ses deux enfants : une fillette  
« de trois ans et un bébé d'un an. Puis, ce monstrueux  
« forfait accompli, le monstre a essayé de tuer sa  
« femme, âgée de vingt ans, en tirant sur elle trois  
« coups de revolver. »

Quelques jours après, M. le juge d'instruction Malavialle invitait MM. les D<sup>rs</sup> Boubila Henry, médecin en chef honoraire, Maunier, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, et G. Lachaux, directeur-médecin de la maison de santé de Sainte-Marthe, à

procéder à l'examen mental du prévenu, inculpé d'assassinat et tentative, détenu à la maison d'arrêt. « Les experts auront à faire connaître au juge d'instruction (ce sont les termes textuels du réquisitoire) :

« 1° Si l'inculpé est responsable de ses actes ;

« 2° S'il était en démente au moment du crime ;

« 3° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales et psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité. »

Nous conformant rigoureusement aux conclusions du rapport, nous avons pensé que sa publication littérale était insuffisante et nous avons tâché, au cours de cette rédaction, d'en modifier certaines parties et de mieux éclairer quelques points que nous avons volontairement laissés dans l'ombre.

*A priori*, après la lecture du fait divers dont nous n'avons donné qu'un bien court extrait, et qui était accompagné de longs commentaires, le mandat des experts semblait facile à remplir. Notre tâche a été autrement compliquée, et de longs jours se sont écoulés avant le dépôt du rapport. Bien que le mobile du crime ne pût trouver d'explications en dehors de l'aliénation mentale, les dénégations de l'accusé, ses contradictions, ses mensonges et les difficultés qui surgirent pour reconstituer sa vie, rendirent notre mission longue et difficile. Nos conclusions aboutirent à déclarer que M... était aliéné, et nous estimons que nous n'avons laissé subsister aucun doute à cet égard.

Ignorant naturellement les résolutions à intervenir de la part de M. le Juge d'instruction : non lieu en faveur de l'inculpé ou comparution en cour d'assises, nous n'avons pas cru devoir discuter longuement la question d'amnésie, nous en tenant à nos conclusions qui découlent d'une conviction absolue. Nous avons

pensé que discuter devant des jurés impressionnables et peu au courant des idées scientifiques, l'amnésie rétrograde ou simulée, serait jeter dans leur esprit un trouble peut-être défavorable à l'inculpé. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

*Antécédents.* — M. E..., né à Marseille, le 20 août 1877, exerçait la profession de peintre en bâtiments aux Chantiers des Messageries maritimes à la C..., où il habitait avec sa femme âgée de vingt ans et ses deux enfants : une fillette de trois ans et un garçon de un an. Son père, maréchal ferrant à la C..., est décédé ainsi que sa mère, qui exerçait dans cette ville la profession d'institutrice.

Le prévenu a deux sœurs vivantes : l'une célibataire, dans l'enseignement, la seconde mariée à un menuisier. Sa grand'mère maternelle, âgée de soixante et onze ans, est la seule survivante de ses ascendants. La mort de ses parents paraît l'avoir laissé assez indifférent et il ne peut donner que des renseignements plus que vagues sur leur décès. Après avoir passé son certificat d'études, M... est placé par son père au lycée de Marseille et ensuite au lycée d'Aix-en-Provence, dans le but d'en faire un vétérinaire. Au dire de l'inculpé, ses études auraient été satisfaisantes jusqu'au changement des programmes et à la création de nouveaux baccalauréats. Désorienté par ces innovations, il aiguilla ses études vers le baccalauréat spécial. Il raconte qu'il avait des dispositions sérieuses pour les mathématiques. Ce qui est certain, c'est qu'il échoua trois ou quatre fois à l'examen du baccalauréat spécial et qu'il s'engagea au 9<sup>e</sup> hussards à sa sortie du lycée. Ces insuccès n'ont rien d'étonnant pour nous qui avons lu plusieurs de ses lettres et son autobiographie écrite sur la demande d'un des experts. Pas mal de fautes d'orthographe et un style enfantin où le « moi » joue un grand rôle. Au lycée d'Aix ses camarades affirment qu'il était d'un caractère bizarre, d'une intelligence bornée, que ses idées n'avaient pas de suite et que ses manières étaient fantasques. Ils sont unanimes à le considérer comme un déséquilibré. Comme incidents de sa vie au lycée, ses condisciples racontent qu'ils l'ont vu manger avec ses plumes un moineau en patré-

faction, des insectes, etc. Un jour d'hiver il a traversé pieds nus, pantalons retroussés, la rivière de l'Arc; un autre jour, sur un défi, en plaisantant, il s'est jeté du haut d'un pont et s'est fracturé la jambe. Ses habitudes de manger étaient si répugnantes qu'on avait dû l'isoler au réfectoire, et on a constaté que souvent il était pris d'un rire nerveux et non motivé.

Pendant sa période de service militaire, où il aurait obtenu les galons de brigadier, sa vie présente pour nous une lacune que nous n'avons pu combler, jusqu'au moment où, épris d'une jeune fille de quinze ans, qui demeurerait en face de la caserne, il lui fait la cour. Tous les renseignements qui suivent nous ont été donnés par l'inculpé et contrôlés dans les longs entretiens que nous avons eus avec sa femme et sa belle-mère. Très épris de sa future femme, M..., pendant ses fiançailles, se montre d'une jalousie excessive.

La mère de la jeune fille, qui dirige un atelier de pantalonnrière pour une grande maison de confections de M..., bien qu'elle constate la mutuelle affection des deux jeunes gens, ne donne son consentement aux fiançailles et plus tard au mariage que par crainte d'un enlèvement. Sa confiance en son futur gendre, nous dit-elle, était plus que limitée.

Les bizarreries de caractère du prévenu, dont la douceur de paroles faisait subitement place à des emportements sans motifs, ses regrets, ses larmes consécutives faisaient prévoir à la mère les orages futurs du ménage. Si l'on ajoute à cela l'absence de toute profession du gendre, on comprendra les hésitations de la mère, qui finit pourtant par céder devant l'amour de la jeune fille et les entraînements passionnels qui pouvaient en résulter et qui étaient l'objet de ses appréhensions. Le mariage décidé, il fallut attendre le consentement de M... père, qui ne finit par le donner que sur la menace d'actes respectueux. Le mariage conclu, l'inculpé cherche alors une situation. Il écrit des lettres de demandes d'emploi à toutes les administrations, dont il a trouvé l'adresse dans l'Indicateur. Ces demandes, dont il a tenu un compte exact sur un carnet, sont au nombre de 80 au moins. Il se croit apte à tous les emplois et sollicite même une place de professeur, sans se rendre compte

que son écriture, son style et son orthographe dépassent à peine ce qui est exigé au certificat d'études. Devant l'insuccès de ses démarches, il se résout, sur les conseils de sa belle-mère, à coudre des pantalons à la machine. Il est très fier de son travail et ne le trouve pas au-dessous des baccalanréats dont il se vante et de ses études médicales qui n'ont jamais existé que dans son imagination. Pendant quelque temps, tout marche à souhait, malgré ses emportements, sa jalousie et ses habitudes de mensonges à tout propos, et hors de propos. Puis, à la suite de scènes plus fréquentes avec ses beaux-parents, la séparation a lieu et M... part avec sa femme pour la C..., où il obtient un modeste emploi d'aide peintre aux Messageries. La modestie de ses fonctions ne l'empêche pas de se targuer auprès de ses camarades de son instruction, d'un titre de bachelier qu'il n'a jamais obtenu et d'études médicales qu'il n'a jamais faites. L'insuffisance de son salaire le fait recourir à ses beaux-parents, qui l'aident généreusement. Son caractère devient plus irritable ; il accuse sa belle-mère de vouloir prostituer sa femme pour en retirer des ressources pécuniaires, etc. Tantôt il est plein d'attentions et d'affection pour sa femme, tantôt il la bat et l'enferme la nuit à clef, dans sa chambre. Il explique ces actes par la jalousie. Nous soulignons cette réclusion nocturne, sur l'importance de laquelle nous nous expliquerons plus loin. Tout ce que nous pouvons dire pour le moment, c'est que M... n'a de jalousie que la nuit, n'ayant même pas l'air de penser que pendant ses longues absences, alors qu'il travaille au chantier, sa femme a tout le temps de le tromper. Son caractère change progressivement, il devient de plus en plus soupçonneux et irritable. Il se plaint de sa santé, de ses forces qui déclinent. Ressent-il un malaise, a-t-il de l'insomnie, de l'inappétence, un peu de diarrhée ou de la constipation, s'endort-il après son repas, il s'en préoccupe outre mesure et consulte médecins sur médecins. Il tombe un jour d'un échafaudage élevé et est retenu par une cornière, qui lui fait une légère blessure à l'abdomen ; il se croit très malade et reste alité quelques jours. Tous les troubles passagers qu'il ressent, il finit par en accuser sa femme et l'oblige à goûter la



première les aliments qu'elle prépare. Son affection pour ses enfants est très vive. Il continue à battre sa femme et à avoir avec elle des rapports sexuels très fréquents qui sont les signes de leur réconciliation. M<sup>me</sup> M..., très amoureuse de son mari, n'a jamais mis sa famille au courant de ce qui se passait dans son ménage, pas plus que des menaces de mort que son mari lui avait faites. Voici, sinon le texte, du moins le sens précis de ces menaces : « J'en arriverai un jour à te tuer, mais je commencerai par mes enfants, parce que connaissant ta famille, qui est capable plus tard de prostituer ma fille, je veux éviter qu'ils soient malheureux. »

Arrivons maintenant à l'assassinat de ses deux enfants et à la tentative d'assassinat sur sa femme par le prévenu.

Rien, au dire de M<sup>me</sup> M..., ne pouvait faire prévoir cette scène de carnage. Le crime consommé, l'inculpé en a raconté, avec détails et précision, les péripéties devant le commissaire de police de la C... et le juge d'instruction de Marseille, y ajoutant ce détail, qui ne pouvait être donné que par lui, qu'il avait aiguisé sur le marbre de la commode le couteau qui lui avait servi à couper la gorge de ses enfants. Nous allons retrouver ici ses habitudes de mentir sans raison, dont nous avons parlé plus haut. M... est mis au courant de la qualité des experts et de la mission dont ils sont chargés. Devant le premier qui l'interroge, il commence par donner des explications sur la mort de ses enfants qui concordent dans le fond avec ses dépositions devant la justice, mais qu'il agrmente, dans des entrevues ultérieures, de dénégations et de mensonges. Dans d'autres entrevues avec les experts réunis, tout change. M... ne se souvient plus de rien ; il sait seulement qu'on l'accuse d'avoir tué ses enfants et tiré des coups de revolver sur sa femme, et il ne le sait que par un de ses co-détenus de la C... qui le lui a raconté. Il nie ses aveux au premier expert qui l'a interrogé ; il nie ses dépositions devant la justice et jusqu'à la signature de son interrogatoire devant M. le Juge d'instruction. Il n'a jamais rien dit, et s'il sait quelque chose du crime de la C..., c'est par ses co-détenus. Mis en présence de ces derniers qu'il a désignés, ceux-ci nient lui avoir donné

des détails sur un crime qu'ils ignorent. Malgré ces affirmations, M... continue à dire que c'est par eux qu'il a connu les faits qui lui sont reprochés. Malgré nos visites fréquentes et nos sollicitations, le prévenu continue à nier, et il est impossible de le faire sortir de ses dénégations. Il nie tout et affirme que si ses enfants ont été assassinés, c'est un autre qui les a tués. Il pleurniche quelquefois, mais rit avec facilité ; même au moment de ses aveux, nous n'avons constaté aucune manifestation sérieuse de larmes et de regrets au souvenir du crime abominable qu'il a commis.

*Examen physique.* — L'inculpé est d'une stature au-dessus de la moyenne. Sa constitution est robuste. Ses antécédents morbides se bornent à des maladies infantiles : coqueluche, rougeole. Pas de maladie vénérienne. Nulle hérédité vésanique ou nerveuse. Pas de tremblement fibrillaire de la langue et des mains. Pas d'habitudes alcooliques. Pas de morsures de la langue, pas de vertiges, pas d'émission involontaire d'urine. L'examen minutieux des organes thoraciques et abdominaux ne nous permet de constater rien d'anormal. Nous trouvons de l'asymétrie faciale et cranienne, côté gauche plus développé. Les oreilles sont grandes, mal ourlées, à lobule détaché. La voûte palatine est abaissée. Les réflexes sont normaux, à l'exception des réflexes pharyngés supérieur, inférieur et plantaire, qui sont retardés, presque abolis.

La surface cutanée est plus sensible à la piqure qu'au chatouillement. Pas de troubles du côté de l'odorat, de la vue et du goût. Nous constatons au-dessus de la crête iliaque gauche une cicatrice de 4 centimètres de longueur.

*Examen psychique.* — Après des aveux complets devant la justice, et des souvenirs dont la précision va d'abord en s'estompant jusqu'à l'amnésie la plus complète devant les experts, M... se présente à notre examen avec une figure plutôt sournoise et des regards fuyants. Il lui arrive de pleurnicher, mais le sourire et le rire lui sont plus familiers, et ces derniers dénotent chez lui une légèreté de caractère et une inconscience absolue de ses actes, en face du crime qu'il a commis et qu'il connaît, bien qu'il finisse par nier en être l'auteur.

Nous pouvons affirmer, et notre affirmation résulte de notre enquête près des gardiens de la prison et de ses co-détenus, que son sommeil et son appétit n'ont jamais été troublés par l'ombre d'un remords. Son système, et il s'y cramponne, c'est la négation de l'évidence. Il a été jaloux, puis il a cru que sa femme et sa sœur voulaient l'empoisonner, mais il reconnaît actuellement le mal fondé de ses hypothèses et demande sa mise en liberté. Quant à l'épouvantable drame dont il a été l'auteur, il l'ignore et ne comprend pas les motifs de sa détention. Nous allons reconstituer sa vie morbide psychique à la lumière de ses antécédents sur lesquels nous nous sommes longuement étendus, parce qu'ils éclairent ce sombre drame et en donnent la genèse.

Prenant acte des déclarations de M..., du témoignage de ses condisciples du lycée d'Aix, de sa femme et de sa belle-mère, et des pièces du dossier, nous allons suivre l'inculpé du lycée à ce jour. Il passe brillamment son certificat d'études, et ses capacités d'alors font une telle illusion à son père qu'il l'envoie au lycée faire des études classiques. Le résultat ne répond pas aux sacrifices du père, et trois ou quatre insuccès au baccalauréat sont le seul couronnement de ses études. On peut échouer à un examen, mais l'instruction donnée reste acquise. Il n'en est rien dans l'espèce, et nous ne constatons dans nos interrogatoires multipliés qu'une instruction primaire. Cela n'empêchera pas l'inculpé de se croire apte à tout, même à enseigner les autres. Son orgueil lui permet de croire qu'il n'a qu'à demander un emploi dans les bureaux d'une administration. Il échoue partout et en paraît tout étonné. Il finira pas accepter sans étonnement de coudre des pantalons à la machine, bien qu'il ne soit pas talonné par la misère, ses beaux-parents pourvoyant aux besoins du ménage. A la C..., se parant des plumes du paon, il se vantera d'un titre usurpé de bachelier et d'études médicales commencées, alors qu'il est simple manoeuvre. Son intelligence ne lui permet pas d'apercevoir la différence ridicule qui sépare ses prétentions mensongères de sa situation actuelle. Nous n'insisterons pas sur les différents incidents de la vie de collège de l'inculpé, que nous avons relatés plus haut.

Ce sont des preuves d'un déséquilibre incontestable avec perversions du goût et actes orgueilleux irréflechis. Fiancé, il est jaloux; marié, il continue à l'être et commence à présenter des idées hypochondriaques, qui s'accroissent tous les jours. Un médecin qui l'a soigné prononce le mot de neurasthénie. Les moindres incidents de sa vie somatique le préoccupent, et, par une pente fatale de son individu psychique, il arrive d'abord à des idées vagues de persécution. Il attribue les maux qu'il ressent aux membres d'un cercle dont les idées sont opposées à la couleur du cercle qu'il fréquente, aux francs-maçons, etc., mais il n'accuse qu'une généralité. Il précise bientôt, et c'est sa femme qu'il accuse de lui donner des soporifiques et de mettre du poison dans ses aliments. C'est alors que les coups pleuvent plus drus sur la malheureuse et que la réclusion sous clef, dans une chambre séparée, devient plus rigoureuse. Ce n'est pas la jalousie qui pousse M..., mais la certitude que pendant son sommeil sa femme enfermée ne lui fera pas respirer du poison. Pendant le jour il ne prend ni aliments, ni boissons sans au préalable les faire goûter à sa femme. Quant à l'amnésie, il est impossible scientifiquement d'accepter une amnésie intermittente. Nous n'avons constaté aucune hallucination, ni névrose, ni alcoolisme.

Nous estimons absolument superflu de reprendre et de discuter la biographie de l'inculpé avant son crime, et les signes physiques et psychiques que nous avons décrits plus haut. Ce serait nous exposer à des redites fastidieuses et inutiles. Notre rapport forme un ensemble dont les conclusions suivantes s'imposent à notre conviction :

M... est atteint de débilité mentale congénitale, avec idées hypochondriaques, interprétations délirantes et idées de persécution. Il était en démence au moment de son crime. Il est irresponsable.

Il est dangereux et doit être interné dans un asile d'aliénés.

En terminant, nous ajouterons que l'expert se trouvant libre de par son mandat des voies et moyens pour

arriver à la manifestation de la vérité, et la forme à donner à ses déclarations, nous avons cru devoir ne pas insister sur la question d'amnésie qui, nous le déclarons hautement, est simulée. Nous n'avons pas, en l'espèce, affaire à une amnésie rétrograde, mais à une véritable amnésie volontaire. Sans le connaître, M... a suivi les traces d'un criminel célèbre qui, devant l'échafaud, disait : « N'avouez jamais. » Mais lui, n'a mis en pratique ces paroles qu'après avoir avoué devant le juge d'instruction, et nous allons, par nos notes prises sous la dictée de l'inculpé, dans nos différents interrogatoires, montrer combien M..., obéissant peut-être à des suggestions de ses co-détenus, dénature la vérité en arrivant insensiblement d'aveux presque complets à une amnésie absolue. Combien est curieuse cette amnésie qui permet à l'inculpé, dans une autobiographie qu'il a rédigée pour nous, de donner les détails les plus circonstanciés sur sa vie de collègue à Aix (menus compléments entre autres) et d'oublier des faits plus importants, fractures de jambe en sautant d'un pont dans un ruisseau, etc. Nous avons relaté plus haut tous ces petits faits de sa vie de collègue. M... les nie, malgré leur évidence, parce que son orgueil en souffre. Arrivons à l'amnésie. De nos notes d'interrogatoire, il résulte qu'au moment même où M... avouait tout à l'un des experts, le 1<sup>er</sup> mars, le 3 mars il présentait une amnésie totale devant un autre expert. Puis, devant le premier expert, suivant les jours, il avouait incomplètement ou niait tout. Ne s'est-il pas rendu compte de la qualité des experts, bien qu'il eût été, dès la première entrevue, mis au courant de leur qualité et du but de leur mission ? Pour nous, son intelligence ne lui a pas permis de se rendre compte, devant des visites médicales individuelles et espacées, de la mission collective des experts. Et alors, il a tantôt avoué, tantôt nié, pour arri-

ver à une amnésie complète, le jour où il a compris que les trois experts avaient le même mandat. La conclusion à tirer, c'est que M... a simulé une amnésie totale.

Pour terminer, nous ferons nôtres les lignes suivantes extraites de la *Revue de médecine légale* (1) :

« En outre, peut-on concevoir qu'une personne qui avoue et explique au commencement le mobile et le crime même qu'elle a accompli, peut selon les données de la clinique, à un certain moment, changer tout d'un coup, perdre la mémoire concernant les faits touchant le meurtre? Des conditions si variables et contradictoires sont en contradiction avec tout ce qu'on connaît sur les amnésies en général et sur les amnésies comitiales, en particulier. Nous ne pouvons non plus considérer cette amnésie, spéciale en apparence, comme une amnésie épileptique rétrograde bien connue aujourd'hui surtout. Chez G. B..., l'ensemble des circonstances concourt à démontrer qu'il a conscience du fait accompli. »

---

(1) *Revue de médecine légale*, janvier 1907, p. 12. Encore la simulation de la folie, par le Dr N. Stoenesco. Travail de l'Institut médico-légal de Bucharest.

---

## Législation

---

DE QUELQUES INCONSÉQUENCES

DU

# NOUVEAU PROJET DE LOI

SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

Par le Dr VICTOR PARANT

Médecin-directeur de la maison de santé de Toulouse.

---

Le récent projet de loi sur le régime des aliénés voté par la Chambre des députés a déjà donné matière à de nombreux articles et il est susceptible d'en provoquer encore bien d'autres ; certaines de ses dispositions ont été l'objet de graves critiques et l'on peut pressentir dès maintenant que quelques-unes de ces dispositions ne sont pas viables. Elle a des innovations heureuses, comme par exemple celle qui concerne les aliénés improprement appelés criminels. Elle en a d'autres dont l'avenir permettra de juger la valeur, mais sur lesquelles de bons esprits ne sont pas dès maintenant sans appréhensions. La complexité de ses rouages dont l'engrenage minutieux est compliqué comme à plaisir, ne rendra pas facile de la mettre bien en mouvement. Quant à ce qu'on en peut considérer comme l'idée mère, à savoir l'intervention constante et nécessaire de l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés, on entend dès

maintenant des magistrats se montrer sceptiques sur les résultats de cette innovation. Mais l'opinion publique, qui croit y voir le moyen de résoudre toutes les difficultés, la réclame ; le mieux semble donc être d'en faire l'essai et de voir ce qu'elle donnera. Qui sait si, avant peu, les clameurs qui criaient haro sur le régime administratif ne se retourneront pas contre le régime judiciaire, sans que l'opinion publique soit plus contente de l'un que de l'autre.

Mais je ne me propose pas d'examiner ici les grandes lignes du nouveau projet de loi ; je veux simplement attirer l'attention sur quelques détails. J'ai écrit à leur sujet le mot d'inconséquences, qui n'est peut-être pas bien respectueux ; mais je n'en trouve pas d'autre pour exprimer ce que je veux dire et on jugera de ce qu'il vaut.

Les détails dont il s'agit concernent : le rôle du curateur ou administrateur à la personne et l'intervention préfectorale par rapport à ce curateur ; l'intervention hâtive de l'administrateur aux biens ; les visas à produire pour les pièces d'admission ; le rôle de la commission de surveillance instituée dans chaque département.

Le projet de loi donne une existence nécessaire et constante à un *curateur* ou *administrateur à la personne*, dont la loi de 1838 ne prévoyait l'intervention que d'une manière éventuelle. Il détermine les droits et devoirs de ce curateur ; mais il omet absolument de dire à quel moment ses pouvoirs prendront fin, ce qui est une vraie lacune.

Par analogie avec ce qui est prévu pour un administrateur aux biens, dont les pouvoirs doivent prendre fin (art. 53) dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés en est sortie définitivement, on peut inférer que les pouvoirs du curateur, dans la pen-



sée du législateur, qui les a réunis dans un même chapitre, prendraient fin à la même époque.

Si nous nous plaçons dans cette perspective, nous verrons qu'un des pouvoirs attribués au curateur est susceptible de donner matière à de graves inconvénients.

Il est dit (art. 22) que toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue dès que la sortie sera requise par divers ayants droit, en tête desquels est placé le curateur.

En préparant cet article, on a transcrit purement et simplement l'article 14 de la loi de 1838. Mais on n'a pas vu que la situation dans l'un et l'autre cas ne serait pas la même, puisque, dans un cas, l'existence du curateur n'était précisément qu'éventuelle, et qu'en fait il n'y en a eu que très rarement, tandis que désormais il y en aurait toujours un.

Je crois qu'il peut y avoir de graves inconvénients à donner un droit aussi absolu à un homme qui n'a, en fait, aucune responsabilité, qui n'a pas même à se préoccuper de ce que deviendrait, au lendemain de sa sortie, la personne pour laquelle il serait ainsi intervenu. Si le malade n'est pas réellement guéri, s'il n'y a personne de sa famille qui puisse ou qui veuille se charger de lui, s'il y a conflit d'appréciation entre le curateur et la famille ou un tuteur, qu'en sera-t-il de l'aliéné? Où et chez qui ira-t-il?

Il n'est peut-être pas déraisonnable de prévoir le cas où le curateur, obsédé par les réclamations d'un de ces aliénés comme il y en a plus d'un, dont ceux qui en ont la charge sont en quelque sorte les victimes, ne verra qu'un moyen de s'en débarrasser : provoquer purement et simplement la mise en liberté.

Il n'est peut-être pas non plus invraisemblable de prévoir que ce curateur se méprendra sur l'état réel de

celui dont il aura la surveillance et le croira mieux guéri qu'il ne l'est réellement.

Et du moment où, la sortie faite, il cesse d'en avoir la charge et la responsabilité, qu'il n'a nullement à se préoccuper de ce que l'aliéné deviendra, n'est-il pas redoutable de lui confier purement et simplement un droit aussi absolu?

Ne serait-il pas plus sage de supprimer dans l'article 22 l'action permise au curateur et de maintenir celui-ci dans la limite des attributions que lui confère l'article 41, c'est-à-dire de ne pouvoir provoquer la sortie du malade que par l'intermédiaire du tribunal, qui serait certainement plus réservé, plus prudent?

Notons du reste qu'il y a inconséquence dans la loi à dire à un endroit (art. 22) que le curateur pourra agir de sa propre autorité, et à un autre endroit (art. 41) qu'il pourra aux mêmes fins se pourvoir devant le tribunal. La restriction de l'article 41 semble annuler en partie l'article 22. Il faut donc là-dessus plus de précision.

Dans ce même article 22 il y a d'autres inconséquences.

Il est dit que, si le médecin traitant est d'avis que l'état du malade tendait à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publique, sa propre sûreté ou sa guérison, ou si l'administrateur provisoire estime que la personne qui réclame la sortie n'est pas en état de lui donner les soins nécessaires, le Préfet et le Procureur de la République doivent en être immédiatement avertis. Et il est provisoirement sursis à la sortie, pourvu que le préfet, dans les quinze jours, donne un ordre contraire.

D'abord, en fait, l'administrateur provisoire devrait toujours s'opposer à une sortie demandée par le curateur, lorsque, derrière celui-ci, il n'y aurait pas quel-

qu'un de sûr qui pût se charger du malade. Cela peut donner lieu, entre ces deux personnalités, à un conflit d'attributions insoluble.

D'autre part, pourquoi dans ce seul cas, qui est du reste le même que celui de l'article 32, laisser au préfet la charge d'intervenir dans le placement d'un malade, alors que partout ailleurs et dans tous les autres cas c'est le tribunal qui a mission d'intervenir? La loi, sur ce point, manque d'homogénéité, et elle laisse le préfet dans des alternatives également fâcheuses pour lui. Ou bien il ne s'opposera pas à la sortie, et assumera seul la responsabilité des accidents qui pourront se produire; ou bien il s'y opposera et pourra se voir en butte à ces récriminations qui exercent aujourd'hui une influence si déraisonnable sur l'opinion publique, et que le projet de loi vise, entre autres choses, à faire disparaître.

Le projet de loi crée un *administrateur aux biens*, dont l'existence et les pouvoirs pourront en certains cas être d'une grande utilité. Mais il semble édicter que cet administrateur pourra entrer en fonction et intervenir dès le moment même du placement.

Il y a dans cette soudaineté quelque chose de redoutable; elle peut être une des causes les plus sûres qui empêcheront la plupart des familles de placer leurs aliénés dans les asiles spéciaux, tant qu'elles n'y seront pas absolument obligées par la maladie et par les circonstances.

Elles auront bien de la peine, en effet, à voir sans inquiétude cette intervention qui risque de ne pas être toujours discrète. La famille d'un commerçant n'aimera pas à voir un étranger venir immédiatement et d'emblée mettre le nez, comme on dit familièrement, dans ses affaires. D'autres craindront autre chose. Sans doute,

on peut y échapper en faisant nommer un administrateur judiciaire ou datif (art. 47); sans doute aussi, la loi permet (art. 50) de demander délai au président du tribunal. Mais combien de familles ignoreront à cet égard leurs droits, dont l'exercice même sera pour elles une cause d'embarras et de frais judiciaires ! Dès lors, elles se hâteront de retirer leurs malades dès qu'elles verront à quoi elles sont exposées, ou bien elles différeront indéfiniment le placement, au risque de compromettre des guérisons possibles.

Il y a autre chose qui se rapporte au même sujet.

Admettons, si l'on veut, que cette affaire ne causera ni embarras ni répugnance aux familles. Mais en considérant de près ce qu'est, dans la grande majorité des cas, la faible durée du séjour des malades dans l'asile, on peut se demander s'il est vraiment bien utile et bien juste de prendre, en cette matière, les mesures hâtives édictées par la loi nouvelle.

Dans un article que mon fils a publié récemment ici même (1), il a donné, sur le mouvement d'une maison de santé, des aperçus statistiques dont il est intéressant de considérer encore ici les éléments essentiels.

En une période de dix années, le nombre des entrées a été de 459.

Là-dessus, 221 personnes, presque la moitié, ont quitté l'établissement avant trois mois, dont 71 par suite de guérison et 53 avec amélioration.

Puis 82 autres sont restées moins de six mois, desquelles 30 ont été guéries et 27 améliorées.

Ensemble 303 personnes sur 459 sont restées moins de six mois, c'est-à-dire les deux tiers des entrées.

---

(1) Victor Parant. *Les garanties d'un traitement rapide dans la nouvelle proposition de loi sur les aliénés*, numéro de mai-juin 1907.

Si de ces 303 personnes on déduit 80 femmes en puissance de mari et 33 mineurs, ensemble 113, que la loi dispense de l'action de l'administrateur provisoire légal, il reste 190 malades, pour lesquels on peut se demander s'il était bien opportun de faire jouer les complications d'administrateur, dont les fonctions sont destinées à prendre fin le jour de la sortie.

On peut se demander encore, pour un certain nombre des guéris ou des améliorés, si l'impression qu'ils éprouveront à leur sortie de l'asile, en voyant qu'un étranger est aussi hâtivement intervenu dans leurs affaires, ne sera pas assez désagréable pour risquer de compromettre leur amélioration.

Le législateur s'est occupé avec raison de protéger le patrimoine de l'aliéné, qui a été parfois l'objet de dilapidations. Mais jamais (tous ceux qui ont la pratique des aliénés pourront, j'en suis sûr, l'affirmer), jamais ces dilapidations ne se produisent dans les premiers temps ; elles ne sont redoutables que pour les incurables qu'il faut maintenir longtemps dans les asiles. Dès lors, à quoi bon se presser tant d'intervenir ?

Faut-il ajouter qu'un accès aigu de folie peut bien être assimilé à une fièvre continue ? Or, a-t-on jamais eu l'idée de mettre en tutelle le typhoïde que la maladie rend pour des semaines impuissant à gérer ses affaires ?

Tout cela n'est assurément qu'inconséquence.

Ne serait-il pas plus sage d'accorder crédit et confiance à des père ou mère, femme, enfants, frères ou sœurs, qui auront provoqué la mise en traitement, et de ne rendre obligatoire que dans un délai, que je fixerais bien au moins à six mois, la mise en mouvement des rouages dont il s'agit ? La loi, ajoutant encore une inconséquence aux autres, accorde bien (art. 9) ce crédit pour les malades que leurs familles peuvent soigner chez eux ; pourquoi ne l'accorderait-elle pas aux familles

qui sont dans l'impossibilité de soigner elles-mêmes leurs malades et qui sont obligées de recourir immédiatement à la maison spéciale? Les parents proches dont il vient d'être question sont-ils moins dignes de confiance dans un cas que dans l'autre?

On l'a déjà dit, mais il ne paraît pas hors de propos de le répéter : la loi nouvelle, les rapports écrits à son sujet, les discours auxquels elle a donné lieu, proclament à qui mieux mieux qu'il faut soigner l'aliéné en temps opportun, l'empêcher de devenir incurable, et pour cela le mettre vite, très vite, en traitement dans les maisons spéciales. On veut que les asiles ne soient plus seulement des hospices, mais qu'ils soient des hôpitaux. L'exagération de certaines mesures de précaution, pour ceux qui sont confiés aux asiles, risque fort d'aller à l'encontre de ce but.

J'ai connu le temps où on n'amenait les malades dans nos établissements que lorsqu'ils étaient incurables ; une fois entrés, nous les gardions longtemps, et notre population était aussi nombreuse que celle d'aujourd'hui. Peu d'entrées chaque année, mais aussi peu de sorties.

Aujourd'hui, grâce au mouvement d'opinion que les aliénistes ont réussi à provoquer, on s'est mis à nous amener tôt les malades ; nous en guérissons ou améliorons beaucoup qui, autrefois, seraient devenus des incurables, et nous gardons moins longtemps la grande majorité d'entre eux. Puisse la loi nouvelle, par ses dispositions étroites, méticuleuses, et disons même un peu mesquines, ne pas compromettre les avantages de ce progrès !

Dans le même ordre d'idées, on pourrait relever comme inconvénients tout le formalisme de certaines exigences auxquelles, dans la pratique, il sera presque

impossible de se conformer à la lettre, et qui donneront lieu à mille embarras préjudiciables surtout aux malades. Mais je renvoie pour cela à l'article de mon fils que je viens de citer.

Un mot cependant au sujet de l'article 13.

La loi de 1838 n'exigeait, pour les pièces produites à l'entrée, aucun visa administratif. Elle laissait au directeur, sous sa responsabilité, le soin d'en vérifier l'authenticité et la valeur. La loi nouvelle réclame des visas de toute sorte qu'on ne pourra pas toujours obtenir séance tenante.

Aussi, en prévision de certaines circonstances, la loi prévoit, et elle ne pouvait guère faire autrement, qu'en cas d'urgence, le directeur de l'établissement peut se contenter d'un rapport médical sommaire, et qu'il y aura un délai de quarante-huit heures pour que les pièces soient visées par qui de droit. Mais si le lieu où le visa doit être donné est lointain; si, après coup, les intéressés, ceux qui ont fait le placement, ne mettent aucun soin, aucune diligence à l'obtenir; si le médecin de la famille refuse ou néglige de donner un rapport plus détaillé, qu'adviendra-t-il? Le directeur, malgré sa bonne foi, malgré l'attention et l'insistance qu'il aura pu mettre à obtenir des pièces en bonne forme, devra-t-il être exposé aux pénalités graves de l'article 64, ou, pour éviter les rigueurs de la loi et ne pas se faire d'affaire, devra-t-il, purement et simplement, mettre à la porte le malade qui aura besoin de soins immédiats ou d'une protection pressante? Comme, d'autre part, il ne devra pas, je crois, se dessaisir des pièces qui lui auront été remises à l'entrée et qu'il risquerait de ne plus revoir, comment pourra-t-il les faire viser au loin? Ou bien, dès lors, la loi sera inapplicable, ou bien son application exposera le directeur à toutes sortes de dangers.

Les inconvénients que je signale pour l'application de l'article 13 seront encore bien plus grands et bien plus insolubles pour celles des dispositions de l'article 16 qui lui sont corrélatives. Comment le directeur d'un asile ou d'une maison de santé quelconque, en France, fera-t-il, si on lui amène inopinément et d'urgence un malade dont la famille réside en pays étranger et pour lequel il faudra ainsi aller requérir des visas jusqu'en lointain pays? Le malade aurait, dans certains cas, en le temps de guérir avant que les visas ne soient revenus en bonne forme!

Le nouveau projet de loi, dans son article 5, institue dans chaque département une ou plusieurs Commissions de surveillance qui ont pour attributions :

1° De remplir les fonctions de Conseil de famille à l'égard de personnes non interdites, placées dans les établissements publics et privés, et non pourvues d'un administrateur judiciaire ou datif;

2° D'exercer sur les asiles publics départementaux une surveillance administrative et financière;

3° De contrôler, dans les asiles publics et dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, le régime des aliénés, l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et des traités passés entre eux et les départements.

Il faut convenir qu'une Commission qui aurait pour seules fonctions l'application du paragraphe 1<sup>er</sup> et de la première partie du paragraphe 3, pourrait rendre de réels services et contribuerait à la bonne observation de la loi.

Mais, si je ne me trompe, il y a un antagonisme véritable entre les attributions créées par les parties dont je viens de parler et celles qui sont prévues par le paragraphe 2 et la seconde partie du paragraphe 3.



Celles-ci concernent avant tout, et même uniquement, les Conseils généraux des départements et ne devraient ressortir que de commissaires distincts, émanant directement de ces Conseils, n'ayant à s'occuper que de la gestion financière des asiles publics et de ce qui s'y rapporte.

Né peut-il arriver, en effet, que cette Commission, dans les conditions prévues par la loi, se trouve prise entre des devoirs contradictoires?

Le paragraphe 1<sup>er</sup> lui donne mandat d'exercer les fonctions de Conseil de famille à l'égard de l'aliéné, par conséquent de veiller à ce qu'il soit bien soigné, que sa nourriture soit saine et abondante, que son installation ait un confortable en rapport avec sa condition sociale et avec les exigences de sa maladie.

Mais le paragraphe 2 fait entendre la voix du Conseil général, gardien vigilant des finances départementales, qui crie : « Pas de dépenses trop fortes, pas de zèle intempestif : économisons ! économisons ! »

Que fera la Commission entre ces deux alternatives ? et pour qui sera-t-elle ?

Bien d'autres difficultés, qu'il n'est pas opportun d'énoncer ici, pourront surgir devant elle et nuire considérablement à l'exercice régulier et impartial de son mandat.

Le projet de loi renferme d'autres inconséquences. On a signalé avec retentissement celle qui permettait de supprimer la résidence des médecins dans les asiles. Celles dont j'ai parlé ont peut-être moins frappé tout d'abord l'attention que les autres, et c'est pourquoi il pouvait être utile d'en parler. D'ailleurs, je me suis attaché principalement à celles qui se rapportent aux particularités dont je pouvais le mieux me rendre compte. Il est à souhaiter que le Sénat, et que tout d'abord la

Commission spéciale nommée par lui, examinent attentivement les choses, simplifient plusieurs rouages, en mettent d'autres mieux en harmonie les uns avec les autres, et fassent une loi qui, tout en donnant satisfaction à l'opinion publique, soit assez simple et assez facile à mettre en œuvre pour que les aliénés, qui y sont les premiers intéressés, en éprouvent les grands bienfaits qu'on déclare vouloir leur procurer.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1907.

**Présidence de M. DENY.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Mitivié, membre honoraire, Buvat, Charon, Dupouy, Giraud, Juquelier, Marchand, Phulpin, Piéron, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Lettres de MM. Bussard et Dupouy, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

2° Une lettre de M. van Evensen, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Rodiet, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legrain, Vallon, Antheaume, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Jacquin, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Château-Picon (Bordeaux), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Moreau (de Tours), Pactet, Colin, rapporteur ;

5° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Fernand d'Hollander, médecin de la colonie de Gheel, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Deny, Séglas, Vigouroux, rapporteur ;

6° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Juliano Moreira, directeur-

aliéniste de l'Hôpital national d'aliénés de Rio (Brésil), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Ritti et Dupain, rapporteur ;

7° Une lettre de M. le Dr Muggia, médecin du manicomio de Venise, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger. — Commission : MM. Briand, Dupré et Semelaigne, rapporteur ;

8° Une lettre de M. le Dr Angelo Alberti, médecin du manicomio de Pesaro (Italie), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Kéraval, Voisin, Arnaud, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur la signification clinique de la ponction lombaire*, par le Dr Pilcz, de Vienne ;

2° *Projet de règlement général pour l'exécution de la loi sur les manicomies*, par MM. Luigi Anfosso et Mongeri ;

3° *Un cas de sadisme sanguinaire congénital*, par MM. Lacassagne, Rousset et Papillon ;

4° *Quelques considérations cliniques sur les hallucinations*, par M. Chesneau, ancien interne de l'asile de Nantes ;

5° *Ecos de las Mercedes*, numéros de mai, juin et juillet.

M. le PRÉSIDENT déclare la vacance d'une place de membre titulaire de la Société.

### Epilepsie et paralysie générale,

par les Drs L. MARCHAND, médecin-adjoint à l'asile de Blois, et H. NOÛET, interne.

D'après l'opinion classique, la paralysie générale se rencontrerait rarement chez les sujets atteints de névroses. M. Magnan (1) admet même qu'il y a antagonisme entre la paralysie générale et l'épilepsie. Il existe aujourd'hui des observations avec examen histologique

(1) Magnan. *Leçons cliniques*, 1882.

d'épileptiques qui sont devenus paralytiques généraux. M. Toulouse et l'un de nous (1) présentaient ici même, en 1899, l'observation d'une jeune fille, épileptique depuis l'âge de onze ans, qui mourut à dix-neuf ans de paralysie générale confirmée par l'examen histologique des centres nerveux.

Pelz (2) a publié un cas semblable. Il s'agit d'un individu qui présenta des crises épileptiques à l'âge de seize ans. Celles-ci se manifestèrent jusqu'à l'âge de trente-six ans. A quarante-deux ans, alors que les crises avaient cessé depuis huit ans, le sujet présenta des crises en séries et devint plus tard paralytique général. La syphilis et les excès alcooliques sont notés dans les antécédents de ce malade. A l'autopsie, l'auteur a constaté les lésions classiques de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë.

S'il existe des cas, rares il est vrai, mais bien nets, de paralysie générale survenant chez des épileptiques, il en est d'autres où le diagnostic est plus difficile. On note dans les antécédents des sujets l'apparition des crises épileptiques bien avant l'éclosion de la paralysie générale; mais on peut supposer que la méningo-encéphalite évoluant extrêmement lentement, s'est traduite d'abord par l'épilepsie et ensuite par le syndrome paralytique.

J. Falret (3), en présence de tels faits, a décrit une variété épileptique de la paralysie générale. « Ces malades, dit-il, éprouvent souvent pendant plusieurs années des attaques d'épilepsie, n'entraînant à leur suite que des troubles légers et passagers de l'intelligence et tellement analogues aux attaques d'épilepsie ordinaires que les cliniciens les plus exercés s'y trompent et regardent ces malades comme atteints d'épilepsie et non de paralysie générale. » Billod (4) et Camuset (5) ont cité des observations analogues.

---

(1) E. Toulouse et L. Marchand. Paralysie générale et épilepsie. *Soc. méd.-psych.*, 26 juin 1899.

(2) Pelz. Un cas d'épilepsie essentielle suivie de paralysie générale. *Neurol. Centralb.*, 1907, n° 1, p. 14.

(3) J. Falret. Des variétés cliniques de la paralysie générale. *Congrès international de méd. mentale*. Paris, 1878, p. 124.

(4) Billod. Cité par Falret.

(5) Camuset. *Soc. méd.-psych.*, 24 décembre 1888..

Le diagnostic peut devenir encore plus délicat quand il s'agit de démence épileptique simulant la paralysie générale. Baillarger (1) avait relevé cette difficulté : « On constate, dit-il, de véritables paralysies générales, accompagnées même de délire ambitieux, chez des épileptiques ; mais, dans des cas plus nombreux, on observe chez eux, après une longue durée de la maladie, un état avancé de démence, avec lésion générale des mouvements. Cette démence semi-paralytique ne s'accompagne pas d'embarras de la parole et ne correspond pas aux mêmes lésions que la paralysie générale. »

Hillenbergl (2), MM. Séglas et Français (3), J. Voisin (4) et l'un de nous (5) ont insisté sur les signes différentiels de la démence épileptique et de la démence paralytique. Depuis quelques années ce diagnostic est d'ailleurs beaucoup plus facile. On observe dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux de la lymphocytose et une augmentation considérable de la quantité d'albumine. Le liquide céphalo-rachidien des déments épileptiques est normal.

L'observation suivante est celle d'un épileptique devenu paralytique général. L'examen histologique ne laisse aucun doute à ce sujet.

D..., âgé de trente-sept ans, épiciér, entre à l'asile de Blois le 30 avril 1907.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère vivants, bien portants. Un frère, mort il y a trois ans, présentait des idées de suicide. Un frère vivant serait faible d'esprit. Une sœur mariée bien portante.

*Antécédents personnels.* — D... n'a jamais eu d'affections graves durant son enfance. Pas de convulsions. D'une intelli-

(1) Baillarger. Discussion sur la paralysie générale. *Soc. méd.-psych.*, 29 octobre 1877.

(2) Hillenbergl. Contribution à la symptomatologie de la paralysie générale et de l'épilepsie. *Neurol. Centralb.*, XIV, 1895.

(3) J. Séglas et H. Français. A propos du diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale. *Presse médicale*, 24 septembre 1902.

(4) J. Voisin. Démence épileptique, paralytique, spasmodique infantile. *Congrès de Grenoble*, 1901, vol. II, p. 395.

(5) L. Marchand. De l'idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques. *Revue de psychiatrie*, juin 1907.

gence moyenne, il apprenait facilement et reçut une instruction assez complète.

Syphilis très probable au régiment, en 1892, c'est-à-dire à l'âge de vingt-deux ans. Ce renseignement n'est pas très précis. D'après l'un de ses amis, il aurait eu « une maladie secrète dont il évitait de parler » et qui s'était accompagnée d'insomnie et de maux de tête. De plus, sa femme nous a dit que D... devait être syphilitique, sans pouvoir nous donner de détails plus complets à ce sujet. L'état grave de D... pendant son séjour à l'asile ne nous a pas permis d'obtenir de lui la confirmation des renseignements donnés par son ami et sa femme.

D... a toujours eu un caractère très autoritaire. Il exerçait la profession d'épicier. Il se maria en 1900; sa femme eut une fille en 1904; l'enfant se porte bien. Sa femme a fait une fausse couche en septembre 1906; elle a accouché à sept mois d'un hydrocéphale. D... n'aurait jamais fait d'excès alcooliques. En 1893, à sa sortie du régiment, D... commença à présenter des crises nettement épileptiques. Celles-ci étaient ainsi caractérisées. Le malade poussait un grand cri, tombait à terre, avait des convulsions, écumait et urinait parfois sous lui. Ces attaques, qui duraient quelques minutes, se reproduisirent fréquemment pendant une année et s'espacèrent ensuite pour ne plus apparaître qu'une ou deux fois par an. En 1900, D... allait se marier, quand son beau-père reçut une lettre anonyme le prévenant que son futur gendre était « épileptique ». Le mariage eut lieu cependant. Sa femme fait alors la remarque que le caractère de D... est sombre et taciturne. D... est très jaloux. Cependant il ne présente aucune crise nerveuse et travaille avec continuité.

Jusqu'en septembre 1905, il ne présente pas d'accès convulsifs. A cette époque, on le trouve, au cours d'une partie de chasse, assis au coin d'un fossé, inconscient et riant tout seul. La perte de conscience ne dura que quelques heures. Cet incident peut être considéré comme le début de la maladie actuelle. Quelques jours après, D... a une crise convulsive, qui le surprend seul, en pleine campagne. Un paysan le relève et le transporte dans un hospice voisin, où il séjourne un mois. Depuis lors, le malade a présenté à son domicile plusieurs crises épileptiques au cours desquelles il s'est fait de nombreuses blessures du cuir chevelu. Les facultés intellectuelles se sont affaiblies.

D... a consulté plusieurs spécialistes à Paris. Ils ont conseillé des injections de biiodure de mercure qui lui ont été faites très régulièrement depuis un an. Il y a deux années que D... ne peut plus s'occuper de son commerce. Les idées délirantes sont apparues, il y a cinq mois, en novembre 1906. Ce sont

des idées de grandeur et de persécution, accompagnées de symptômes d'agitation. D... possède plusieurs millions, distribue à tous ses amis des sommes considérables; à d'autres moments, il veut sans aucun motif tuer tous ceux qui l'entourent. Il réclame son fusil. L'agitation et l'insomnie sont à peu près continuelles.

D... entre à l'asile le 30 avril 1907. Le malade est de petite taille (1<sup>m</sup>,60); il est amaigri et ne pèse que 50 kilos. Il ne présente pas de stigmates physiques apparents de dégénérescence. La calvitie est très prononcée.

Au point de vue physique, nous notons les symptômes suivants : Embarras de la parole très accentué avec achoppement syllabique. Nous ne pouvons, étant donnée l'agitation du malade, le faire lire et écrire. Inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche, conservation des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation; tremblement très accusé de la langue avec contractions fibrillaires des muscles de la face. Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés. Pas de clonus du pied. Le réflexe cutané plantaire est absent. La démarche est hésitante et quelque peu spasmodique; le malade chancelle à chaque instant et les mouvements exécutés par les membres supérieurs n'ont aucune précision. Les divers sens paraissent normaux. Rien de particulier à signaler à l'examen des organes thoraciques et abdominaux. Nous ne constatons pas de cicatrices sur les lèvres, sur la langue; par contre, il existe de nombreuses cicatrices sur la face et sur le cuir chevelu.

Au moment de son entrée, D... est très agité. Il tente par tous les moyens de s'évader. Il appelle à haute voix sa femme, sa mère. D... demande un fusil pour tuer tous ceux qui l'approchent, et quelques instants après offre aux assistants de fortes sommes pour le mettre en liberté. Il présente des idées mégalomaniaques; sa fortune est considérable, il est Dieu.

Il est impossible de tirer du malade une réponse sensée. Il refuse de nous dire son nom, son âge, de nous donner les renseignements que nous lui demandons sur son état civil. D... court de tous côtés, tête nue, la tenue désordonnée, frappant les infirmiers. Le soir, il refuse toute nourriture, et, malgré le bromuré qui lui est administré, il ne repose pas un seul instant. Il vocifère sans cesse : « Mon fusil, tue-le. »

1<sup>er</sup> mai. Même état d'agitation.

2 mai. L'agitation est intense et le malade présente trois crises épileptiques consécutives à la suite desquelles il reste deux heures dans le coma. Puis, il revient à lui et l'agitation reparaît, accompagnée d'actes de violence. Le malade a des grincements de dents. La température s'élève à 39°1 le soir.

3 mai. La température est de 37°1 le matin et de 37°4 le



soir. L'insomnie est absolue. D... s'alimente assez bien. Il est toujours extrêmement agité et prononce toujours les mêmes propos décousus.

4 mai. La température oscille entre 37°8 et 38°5. L'agitation est aussi intense. D... s'alimente assez bien et prend le lait et les œufs qu'on lui présente. La langue est sèche et rôtie, le ventre souple. D... urine et va à la selle. Le siège est rouge; par endroits l'épiderme est enlevé.

On pratique la ponction lombaire et 20 centimètres cubes de liquide sont enlevés. Le liquide clair s'écoule rapidement. Par la chaleur, on obtient un précipité blanc laiteux. Lymphocytose abondante. Albumine totale par litre, 1 gramme.

5 mai. La température est le matin de 36°5 et le soir de 38°4. Agitation continuelle. Traces d'albumine dans les urines.

6 mai. D... est toujours aussi agité. Il tient des propos incohérents, gesticule sans cesse, pousse des rugissements. Il s'alimente bien. La langue est sèche, rôtie. La température varie de 37°5 à 38°5. D... présente une crise épileptique.

9 mai. L'agitation est toujours intense, mais les forces du malade diminuent et par moments il retombe inerte sur l'oreiller. Il profère des sons inarticulés, ne peut répondre à aucune question et ne reconnaît pas sa famille. D... s'alimente beaucoup moins bien. Il est gâteux et est atteint de diarrhée. Mêmes symptômes physiques qu'au moment de son entrée, mais on constate en plus une légère monoparésie brachiale gauche. Le membre inférieur de ce côté est normal.

10 mai. Le malade est très affaibli; l'agitation est bien moins intense. La voix est rauque. Parfois D... tente de frapper ceux qui l'entourent, mais les forces lui font défaut. Il s'alimente très mal; la température oscille autour de 39 degrés.

D... meurt le 11 mai, à quatre heures et demie du matin.

L'autopsie est pratiquée vingt-huit heures après la mort.

SYSTÈME NERVEUX : *Encéphale*. L'hémisphère droit pèse 525 grammes, le gauche 530 grammes. Le bulbe et le cervelet pèsent ensemble 185 grammes. Rien de particulier à l'ouverture du crâne. La dure-mère est très épaissie. Abondance de liquide céphalo-rachidien. Il n'y a pas d'adhérences entre la dure-mère et le crâne et entre la dure-mère et les méninges molles. La pie-mère est épaissie et présente de nombreuses traînées laiteuses. Suffusions sanguines. Adhérence complète de la pie-mère au cortex.

Pas d'athérome des vaisseaux de la base. A la coupe, pas de lésions localisées. Nombreuses granulations des parois des ventricules latéraux. Le plancher du quatrième ventricule est hérissé de granulations épendymaires.

Pas de lésions apparentes du cervelet et du bulbe.

**EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Cerveau.** Les régions examinées sont les circonvolutions des régions motrices droite et gauche. Les méthodes employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Van Gieson, la coloration au picro-carmin. Les lésions sont diffuses et caractéristiques de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë.

Les méninges sont épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. Elles adhèrent intimement au cortex en certains endroits. Les vaisseaux méningés sont, pour la plupart, atteints de périartérite.

La névroglie est proliférée dans toute la couche moléculaire. On y observe de très nombreuses cellules en araignée, hypertrophiées, avec des prolongements multiples et épais. Au Nissl, les cellules cérébrales contiennent de nombreuses granulations chromophiles. Un grand nombre d'entre elles sont pigmentées, leurs noyaux sont excentriques. Dans les espaces pér cellulaires, l'on rencontre de nombreux lymphocytes. Les vaisseaux sont atteints de périartérite très manifeste. Par endroits, le long de leurs parois, on trouve des traînées de pigment. Les fibres tangentielles sont détruites par places et extrêmement réduites de nombre dans toutes les autres régions. La strie de Baillarger a complètement disparu. Sur les coupes traitées par la méthode de Weigert-Pal, on voit de nombreux corpuscules hyaloïdes.

**Cervelet.** Les méninges cérébelleuses sont infiltrées de cellules embryonnaires. Le cervelet lui-même n'est pas atteint.

**Bulbe.** On remarque dans le bulbe une légère sclérose des pyramides antérieures. Les méninges bulbaires sont atteintes de méningite diffuse subaiguë. Le plancher du quatrième ventricule est parsemé de granulations épendymaires formées par des faisceaux de fibrilles névrogliques. Il n'y a pas d'autre lésion apparente, si ce n'est une légère pigmentation des cellules des noyaux de l'hypoglosse.

Nous sommes certainement ici en présence d'un épileptique qui est devenu paralytique général. Les premières crises convulsives ont fait leur apparition à vingt-trois ans et la paralysie générale a débuté manifestement à trente-cinq ans. Les premières crises épileptiques suivirent de quelques mois l'infection spécifique probable. Or, il est difficile d'admettre que notre sujet ait fait, sitôt après l'infection spécifique, de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il s'agit peut-être là d'un de ces cas d'épilepsie syphilitique décrits par M. Fournier. De plus, les crises épileptiques ont disparu pendant une

période de cinq années avant l'éclosion des symptômes de la paralysie générale. D'autre part, D... est certainement mort paralytique général. La clinique et l'anatomie pathologique sont là pour le prouver. En dehors des symptômes mentaux et somatiques de la paralysie générale, notre sujet présentait des altérations du liquide céphalo-rachidien qui viennent confirmer encore le diagnostic. Enfin, les lésions cérébrales sont celles de la méningo-encéphalite diffuse subaiguë.

Dans notre cas, l'examen anatomique n'a pu permettre de supposer quelles étaient les lésions primitives qui déterminèrent l'épilepsie. Ces lésions ont certainement été masquées par la méningo-encéphalite diffuse subaiguë, substratum anatomique de la paralysie générale. Une épilepsie, qui débute à vingt-trois ans chez un sujet normal jusqu'à cet âge et ne présentant pas d'antécédents personnels névropathiques, est certainement symptomatique. On peut supposer que la maladie primitive était déterminée par des lésions corticales chroniques. Nous ne voyons pas pourquoi il serait impossible d'admettre qu'une méningo-encéphalite subaiguë est venue se greffer sur des lésions corticales chroniques. Selon nous, les épileptiques peuvent, au même titre que tous les autres individus, devenir des paralytiques généraux. Si le fait est peu fréquent, c'est que la syphilis (cause déterminante principale de la paralysie générale) est rare chez les comitiaux.

#### DISCUSSION

M. PACTET est de cet avis et ne voit pas pourquoi il y aurait incompatibilité entre l'épilepsie et la paralysie générale. Il est prudent, et c'est de première importance, de rechercher avec soin les premiers signes et symptômes de la paralysie générale. Cette affection présente une marche beaucoup plus lente et une évolution beaucoup plus longue qu'on ne le croit généralement. Il n'est pas rare, lors de l'internement d'un malade, d'apprendre, après un examen approfondi, que le malade a présenté cinq, six ou sept ans auparavant des accidents épileptiformes ou apoplectiformes dont la

famille ne parlait pas, parce qu'elle les considérait comme sans relation avec la maladie actuelle.

M. BRIAND fait remarquer que, dans ce cas, l'épilepsie a été constatée après la syphilis. Les cas d'épileptiques devenus paralytiques généraux sont rares.

M. MARCHAND insiste sur ce fait que, si les épileptiques ne deviennent pas paralytiques généraux, c'est que beaucoup d'entre eux, étant internés souvent dès leur jeune âge, ne sont pas dans des conditions favorables à contracter l'infection syphilitique. Parmi les malades de l'asile de Blois, il n'est pas un seul épileptique ayant contracté la syphilis.

M. VALLON. — Je ne me souviens pas d'avoir vu des épileptiques devenir paralytiques généraux; mais les épileptiques sont rares dans les services ordinaires. Il faudrait étudier la question dans un service d'épileptiques.

M. ARNAUD rapporte avoir observé un épileptique ayant eu un très grand nombre de crises et qui est devenu nettement paralytique général. Il avait contracté la syphilis après avoir présenté de nombreuses crises d'épilepsie.

M. VALLON. — Il y aurait un rapprochement à faire entre l'épilepsie et l'hystérie. Il est exceptionnel de trouver des femmes, ayant été hystériques, devenir paralytiques générales.

### **Chorée variable chez deux démentes précoces,**

par les D<sup>rs</sup> RÉMOND (de Metz) et LUCIEN LAGRIFFE.

Les tics et les mouvements choréiformes n'ont été que très rarement signalés au cours de la démence précoce; encore ont-ils été pour ainsi dire noyés, au cours des descriptions qui ont été faites de cette maladie, au milieu des signes physiques, et l'on peut dire que jamais jusqu'ici, à notre connaissance du moins, l'attention n'a été appelée d'une façon particulière sur eux.

C'est pourquoi nous croyons utile de signaler les deux observations suivantes concernant des malades internées depuis un temps suffisamment long pour que le dia-

gnostic de l'affection dont elles sont atteintes ne soit pas douteux.

OBSERVATION I. — C... (Louise), vingt-huit ans, domestique, célibataire, entre le 12 juin 1899 à la clinique des maladies mentales de Toulouse, évacuée d'un service de l'Hôtel-Dieu, pour « dépression mélancolique avec refus de nourriture ».

La malade, dont la mère, démente épileptique, est internée, présente du mutisme et de la stéréotypie. Le foie est un peu gros, les ongles sont bombés, fortement striés et amincis. La sensibilité à la douleur est diminuée dans toute la moitié droite du corps, la sensibilité à la température est partout hyponormale. Les réactions présentent du retard et les excitations déterminent un léger degré de contracture généralisée. Le réflexe conjonctival, diminué à gauche, est aboli à droite; le réflexe pharyngien est aboli; le réflexe patellaire est très diminué des deux côtés, ainsi que le cutané plantaire qui présente les caractères suivants : pas de réaction du gros orteil; les autres orteils répondent à droite par la flexion, à gauche par l'extension.

Le dynamomètre, pour la main droite, marque 22; pour la main gauche, 18.

La malade qui se présente avec les caractères de la stupidité la plus marquée, qui tient constamment la tête et les yeux baissés, ne répond absolument rien aux questions qui lui sont posées; elle présente fréquemment de l'insomnie et refuse de se nourrir; mais avec du temps et de la patience, on arrive à lui faire accepter les aliments, et, pendant son séjour d'un mois et demi à la clinique, trois fois seulement nous avons dû recourir à l'alimentation artificielle.

La malade est restée ainsi un mois sans parler; puis à la fin de son séjour, à l'époque surtout où elle présentait de l'insomnie, elle parlait seule la nuit. Nous avons recueilli toutes les phrases qu'elle a pu ainsi prononcer, et, grâce à ces monologues, il nous a été permis de constater que la malade présentait à un certain degré des idées de négation et de l'auto-accusation, du métabolisme; qu'elle avait fait à une époque une tentative de suicide par submersion; mais tout cela vague, flou et tellement décousu qu'on peut véritablement affirmer que la pensée est incohérente et qu'aucune idée fixe ne surnage sur le fond de la conscience.

Dès le lendemain de l'entrée, nous voyons survenir brusquement un phénomène qui fixe notre attention :

Toutes les deux minutes environ, on constate, au niveau du côté gauche de la face, l'apparition d'un mouvement convulsif,

caractérisé par un clignement de la paupière et par une contraction des muscles risorius de Santorini et mentonnier. En même temps, l'épaule gauche se soulève, et le bras et l'avant-bras du même côté exécutent un rapide mouvement de pronation. Ces mouvements convulsifs durent à peine 10 secondes; ils sont moins marqués au niveau du membre supérieur. Les émotions, d'ailleurs très difficiles à provoquer, n'ont aucune action sur les contractions; il est difficile de savoir si elles sont influencées par les mouvements volontaires, car ces derniers n'existent pas et ne peuvent être provoqués; dans tous les cas, elles cessent pendant le sommeil.

Les mouvements convulsifs, qui, nous le rappelons, ont débuté brusquement le 13 juin, acquièrent subitement le 30 une intensité inaccoutumée; tous les muscles de la moitié gauche de la face y participent, déterminant une déviation complète de la face avec déviation conjuguée des yeux. A ce moment, le membre inférieur gauche participe lui aussi à la contracture et la locomotion devient difficile. A partir de cette époque, l'intensité et l'étendue des mouvements varient considérablement d'un jour à l'autre, et, à partir du 5 juillet, ils s'accompagnent de temps à autre de grincements de dents.

Le 11 juillet, le mouvement convulsif du membre supérieur change de caractère, il se coordonne pour ainsi dire, la malade se donne des soufflets.

C... (Louise) est définitivement évacuée sur l'asile de la Haute-Garonne le 29 juillet 1899; elle présentait le même état mental; elle n'avait prononcé aucune parole depuis le 14 juillet, et les mouvements choréiques présentaient, à cette époque, leur minimum d'intensité et d'étendue.

Grâce à l'obligeance de MM. les D<sup>rs</sup> Dubuisson, directeur-médecin en chef de l'asile de Braqueville, et Coulonjou, médecin-adjoint, nous avons appris que la malade avait eu une légère rémission en 1901, avec diminution des mouvements choréiques qui finissent par disparaître; rémission peu après suivie d'une période de stupeur avec gâtisme; et réapparition des mouvements choréiques. En 1902, nouvelle période d'amélioration bientôt suivie d'un retour à la stupeur, avec, de temps à autres, bouffées hallucinatoires.

Aujourd'hui, et depuis 1904, la malade passe par des alternatives de dépression et d'exubérance; elle présente du puérilisme, elle est intellectuellement diminuée; les mouvements choréiques ont disparu; il y a amnésie partielle pour l'espace de temps compris entre fin 1899 et 1902.

OBSERVATION II. — C... (Joséphine), seize ans, sans profession connue ni probable, célibataire, entre à la clinique le 10 avril 1900; elle a été trouvée errant sur la voie publique,

n'a pu donner que des renseignements rudimentaires sur sa situation, ne parle que le patois et n'exprime que le désir de manger. Elle est convenablement et proprement vêtue, grande, forte, bien développée, et elle paraît avoir plus de vingt ans.

La tête est énorme, la macrocéphalie portant surtout sur la loge antérieure; on note la forme neurotique du palais, un léger degré d'hypertrophie thyroïdienne. La sensibilité à la douleur est exagérée sur le membre supérieur gauche, sur la moitié gauche du thorax, le ventre et le dos; elle est diminuée sur le membre supérieur droit et sur la moitié droite du thorax; enfin, au niveau du sein gauche, on constate l'existence d'une plaque très nette d'hyperesthésie. Les réflexes conjonctival et cutané plantaire sont très diminués des deux côtés. On note du dermographisme très accentué et sans retard.

Au moment de son entrée, la malade est en pleine période menstruelle; ses urines contiennent des traces d'albumine et des pigments biliaires, éléments qui disparurent complètement au troisième jour de l'entrée, alors que la menstruation ne cessa que le 19 après administration d'ergotine.

L'interrogatoire est très pénible; la malade varie dans la détermination de son âge; elle se présente tête baissée, l'air craintif et stupide, évitant le regard et le contact; elle ne dit rien, elle ne répond qu'après de très vives sollicitations. Au début, elle refuse de manger sous le prétexte qu'elle ne peut payer, elle est inconsciente de sa situation, elle présente une tendance à la catatonie et reste dans l'inaction la plus complète, s'isole; puérilisme, pleure et rit sans motifs.

Le 14 avril, quatre jours après l'entrée, on note l'apparition des phénomènes suivants :

A des intervalles de temps variant de dix secondes à une minute, soulèvement rapide de l'épaule gauche avec inclinaison de la tête du même côté. Ce mouvement s'exécute avec une rapidité extrême, il dure quelques secondes à peine, et semble comme produit par une décharge électrique; à ne le voir se produire qu'une fois, il pourrait faire croire que la malade a peur; ce tic n'est pas exagéré par les émotions et n'est pas influencé par les mouvements volontaires.

Le 19 avril, jour de cessation de la menstruation, ces mouvements convulsifs présentent comme brusquerie et comme fréquence une intensité qu'ils n'avaient pas autrefois.

Le 10 mai, apparition brusque dans la nuit de quintes de toux sans corollaire organique, quintes qui ne cessent que le 15 mai. Le 11 mai, pendant la nuit, accès de rire qui dure vingt minutes.

Jusqu'au 23 mai 1900, époque à laquelle la malade fut évacuée à l'asile public des aliénés de la Haute-Garonne, l'état

psychique et l'état physique ne subissent aucune modification.

Dans les notes complémentaires qui nous ont été obligeamment communiquées par MM. les D<sup>rs</sup> Dubuisson et Coulonjou, les mouvements convulsifs que nous venons de décrire ne sont pas signalés ; ils durent, par conséquent, disparaître aussi brusquement qu'ils étaient survenus.

Depuis son internement à l'asile, la malade est restée inconsciente, puérile ; après trois mois de confusion avec rires et pleurs sans motifs, impulsions, actes de violence, clastomanie, elle a pu se livrer à quelques occupations mécaniques. Aujourd'hui, l'état de faiblesse intellectuelle s'est accentué, un léger état catatonique se fait jour, et la malade présente toutes les réactions d'une démente. Elle ne donne pas plus de renseignements sur elle-même qu'au moment de son entrée à la clinique, il y a sept ans.

Après un internement de plus de sept ans, le diagnostic de démence précoce ne nous paraît pas faire de doute chez ces deux malades. Nous avons provisoirement étiqueté les mouvements convulsifs observés chez elles chorée variable, sans que nous voulions par là préjuger de leur nature. Aujourd'hui nous voulons simplement attirer l'attention de la Société médico-psychologique sur ces faits ; nous nous proposons d'y revenir très prochainement.

### Un cas de délire d'interprétations,

par M. R. BENON, médecin légiste de l'Université de Paris.

MM. Sérieux et Capgras, à la séance du 24 février 1902 de la Société médico-psychologique, dans la *Revue de Psychiatrie* de juin 1902 et dans l'*Encéphale* de mars-avril 1906 ; MM. Deny et Camus, à la séance du 28 mai 1906 de la Société médico-psychologique, ont attiré tout spécialement l'attention sur le délire d'interprétations, qu'ils considèrent comme une forme clinique spéciale. Durant notre séjour à Ville-Evrard, nous avons eu l'avantage d'observer plusieurs malades de ce genre dans le service du D<sup>r</sup> Sérieux. Nous en rapportons ici une observation que nous avons prise à l'Asile Clinique.



*Idées délirantes de persécution : hypothèses nombreuses. Interprétations erronées multiples et incessantes. Pas d'hallucinations. Pas d'affaiblissement démentiel, soit quantitatif, soit qualitatif, des facultés intellectuelles.*

*Réactions : menaces et violences, idées de suicide, refus d'aliments.*

*Début il y a six ans : évolution progressive.*

Louise K..., veuve D..., âgée de trente-quatre ans, entre à l'Asile Clinique le 26 juillet 1907 ; elle a exercé les diverses professions de bonne à tout faire, de femme de journée, de cuisinière ; elle a même dirigé avec son mari un café-brasserie des boulevards extérieurs.

Placée d'office, elle vient de l'Infirmierie spéciale du Dépôt, où elle a été conduite à la suite de bris de carreaux dans un bureau de placement.

C'est une femme assez grande, bien constituée, en bon état de santé générale ; toujours très correcte, elle se présente à nous ordinairement avec un peu d'excitation intellectuelle, excitation qui n'apparaît qu'après quelques minutes de conversation ; elle cause alors avec volubilité, répond avec précision aux questions posées. Alsacienne d'origine, elle parle et écrit très bien l'allemand ; elle parle bien le français, mais l'écrit moins correctement que l'allemand.

Louise K... nous fournit tous les renseignements nécessaires sur ses antécédents et sa maladie. Sa sœur n'a fait que confirmer ce que nous avait dit la malade.

**ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.** — Son père, qui était armurier en Alsace, est mort à cinquante et un ans d'une affection pulmonaire non déterminée ; il se livrait à quelques excès de boissons, mais ne se trouvait jamais ivre.

Sa mère, qui a eu huit enfants, a succombé à la suite d'une péritonite à l'âge de soixante et un ans. Des huit enfants, trois sont morts en bas âge ; sur les cinq autres, quatre sont vivants, et l'autre est mort à Paris, de la tuberculose, à quarante ans. Il reste à la malade un frère et deux sœurs ; elle a, à Paris, un frère et une sœur ; son autre sœur habite l'Alsace ; les uns et les autres sont bien portants.

Dans les collatéraux, il y a une tante paternelle qui offre des symptômes de *déséquilibre psychique*, de bizarrerie, mais qui n'a pas été l'objet de séquestration dans un asile.

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.** — La malade a été élevée en Alsace, son pays d'origine ; elle y est restée jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

C'était une enfant assez chétive; elle n'a cependant pas souffert d'accidents rachitiques et s'est bien développée plus tard. A l'âge de neuf ans, elle a été atteinte d'une fluxion de poitrine, qui l'a beaucoup affaiblie; elle en aurait ressenti les effets durant une année.

A l'école, elle apprend avec une grande facilité. De bonne heure, elle manifeste un *caractère détestable*, exécrable, dit sa sœur : *très orgueilleuse*, elle veut dominer tout le monde, elle n'écoute aucun conseil, pas même ceux de ses parents; sans cesse, elle se vante de travailler mieux que qui que ce soit.

Ni avant, ni après ses règles, apparues à l'âge de treize ans et demi, elle ne présente de crises nerveuses.

Elle avait quatorze ans, quand son père vient à mourir; elle s'entend mal avec sa dernière sœur; elle désire vivement partir à Paris pour y rejoindre son frère et ses deux sœurs aînées qui y travaillent. Elle avait dix-huit ans quand elle arrive à Paris, en 1891; elle est placée, comme bonne, dans de nombreuses maisons; dans une seule elle est restée dix-huit mois.

Quelques années après, deux ans environ, elle entre en relations avec un garçon d'hôtel, à l'insu de sa famille, et vit avec lui durant trois années, sans être mariée. Elle a un enfant de lui et bientôt ils régularisent leur situation, en 1896.

De 1896 à 1901, le ménage vit tant bien que mal; le mari ne travaille pas toujours; la malade, très active, supplée par son labeur à l'insuffisance des ressources de la maison.

Durant cette période, ils ont de nouveau deux enfants; l'un d'eux, le second, meurt de méningite tuberculeuse; l'autre a actuellement neuf ans; l'aîné, lui, a aujourd'hui quatorze ans.

Plus tard, en 1902, ils auront un quatrième enfant, âgé maintenant de cinq ans. Ces trois enfants sont bien portants.

En 1901, il se produit dans l'existence de la malade un fait important; *elle s'installe* à Paris, avec son mari, boulevard D..., *dans une brasserie*, dite la brasserie A..., qui dépend d'une grande brasserie de la banlieue, la « Brasserie des M... », dirigée par MM. Paul A... et V...

*Les affaires ne marchent pas*; c'est en vain qu'ils font tous leurs efforts pour réussir dans ce commerce; ils n'arrivent pas à réaliser des bénéfices. La malade laisse entendre que son mari ne travaillait peut-être pas suffisamment.

D'autre part, à cette époque, ils ont leur quatrième enfant, ce qui augmente leurs charges. En outre, sa sœur, qui lui avait prêté une somme de 1.000 francs pour les aider, lors de leur installation, leur réclame son argent avec insistance. Finalement, *ils sont obligés de vendre*, en juillet 1903, pour ne pas être déclarés en faillite. La vente se fait dans des conditions particulières; la grande brasserie de la banlieue, la « Brasserie

des M... », qui avait avancé trois ou quatre mille francs dans l'affaire, s'était au préalable « nantie », de telle sorte que les garanties exigées par cette maison absorbent la plus grande partie du prix de vente. La malade refuse d'accepter les deux ou trois mille francs qui restaient et elle veut aller en justice. Entre temps, son mari exécute une signature qui met fin à cette affaire.

À l'occasion de ces difficultés, qui se terminent en juillet 1903, la malade est l'objet d'un véritable surmenage, autant physique que moral, et c'est plus particulièrement à la suite de ces ennuis que les troubles mentaux deviennent très apparents. Il est difficile de fixer très exactement le début de ces troubles à cause du *délire rétrospectif* actuel de Louise K... Toutefois, *dès 1902, sa sœur, son frère, ses amis avaient déjà remarqué chez elle des réflexions bizarres*, des réponses inattendues, des paroles à double entente, au sujet de ses places, au sujet de sa maison, au sujet de son travail : on lui veut du mal, on se moque d'elle, on lui fait des misères, elle soupçonne les uns et les autres, se méfie constamment, etc.

Réduite à la misère par leurs mauvaises affaires dans la brasserie, Louise K... se place de nouveau comme bonne à tout faire; elle va de maison en maison, sans rester plus de six mois dans chacune; cette situation occupe toute la période qui va de juillet 1903 à juillet 1907.

En décembre 1905, elle perd son mari, qui meurt de tuberculose, nous dit la sœur, à l'hôpital Lariboisière. A ce moment, Louise K... était elle-même à l'hôpital de La Charité pour des accidents pleurétiques; elle n'a pas appris de suite la mort de son mari, elle ne l'a pas vu, et aujourd'hui, comme tout ce qu'on lui raconte est très suspect, elle se demande, malgré les papiers qu'on lui a fournis, papiers qu'il est bien facile de se procurer, dit-elle, elle se demande s'il est réellement mort.

Entrée à l'asile le 26 juillet 1907, à la suite de bris de carreaux dans un bureau de placement, elle présente des *idées délirantes de persécution*, et voici le thème de son délire. *On lui fait toutes sortes de misères. On l'envoie de place en place « en cachette », au lieu de lui dire franchement et simplement que c'est telle personne qui l'y a envoyée. Dans tous les bureaux de placement où elle va, dans les maisons où elle travaille, on se moque d'elle, on fait allusion à sa vie par des paroles, par des gestes; tout de suite cela lui indique qu'ils sont venus là avant elle, ou qu'ils continuent « à la mettre à l'épreuve pour voir ce qu'elle vaut ». Parfois même, on lui fait faire, par l'intermédiaire de ses maîtres, des besognes qu'une bonne, quelle qu'elle soit, n'a vraiment pas à accomplir.*

Ils sont toute une bande qui la tourmente; quelques-uns se préoccupent plus particulièrement de sa personne : un des directeurs de la Brasserie des M..., M. Paul A..., et les parents de son mari. Mais il y a aussi sa sœur, son frère, ses créanciers du boulevard D..., et même des anciens amis intimes, avec lesquels elle est en relations depuis près de quinze ans.

*Et dans quel but lui impose-t-on ces épreuves? Elle cherche, cherche, mais ne sait pas au juste.*

Peut-être désire-t-on la remettre avec son mari, qu'elle ne croit pas mort, puisque les papiers qu'on lui a fournis sont vraiment trop faciles à se procurer? Peut-être veut-on la marier, dans le cas où son mari serait mort, ce qui se pourrait, après tout, avec quelqu'un de son pays natal qu'elle a vu une ou deux fois à Paris dans son commerce, ou encore avec une autre personne, de Paris, celle-là, et qu'elle refuse de nommer, moins par réticence que par difficulté de précision : « *Je me doute, je me doute, je ne sais au juste* », répète-t-elle toujours, quand on la presse de questions.

Quoi qu'il en soit, si elle ne trouve pas exactement le but poursuivi par ses persécuteurs, en tout cas elle se rend bien compte qu'on lui veut quelque chose, car les présomptions ne manquent pas.

Le directeur de la brasserie des M..., M. Paul A..., et les parents de son mari jouent un rôle prépondérant dans son affaire. Tantôt Paul A... occupe le premier rang, tantôt ce sont les parents de son mari.

C'est la brasserie des M..., dont l'un des directeurs est Paul A..., qui l'avait installée avec son mari boulevard D...; mais ils n'ont pas réussi dans cette assez grosse affaire qui aurait pu les tirer des difficultés de la vie. Elle a pourtant déployé là tous ses efforts; elle travaillait du matin au soir. Son mari était peut-être un peu paresseux, et il consommait peut-être un peu trop dans la maison, mais elle a fait véritablement tout ce qu'elle a pu. Le directeur de la brasserie, M. Paul A..., s'en est évidemment bien aperçu. Il venait, en effet, souvent à la maison. Il y dînait même quelquefois, car il n'est pas fier, comme elle dit. Il l'estimait donc beaucoup. Il s'est intéressé à elle à maintes reprises; il lui a procuré des places. Pourquoi, toutefois, les lui donne-t-il toujours « en cachette », sans la prévenir directement? Et puis pourquoi, à peine entrée dans ces places, a-t-elle des ennuis avec les uns ou les autres? Pourquoi plusieurs de ses maîtres quittent-ils Paris quelques jours après son arrivée? Qu'est-ce que cela signifie? Pourquoi l'essayer aussi longtemps? Il faut que tout cela cesse, elle finirait par se venger ou se tuer. Elle ne saurait affirmer que M. Paul A... est la cause de tous ses malheurs. « Ce

serait bête, dit-elle, de tout lui rapporter et que ce ne soit pas lui! » *Le doute envahit toujours son esprit.* C'est pourquoi elle place parmi ses persécuteurs, à côté du brasseur et aussi souvent sur le même plan, les parents de son mari. Ce sont deux oncles qui habitent Paris. L'un d'eux, marchand de vins, ne se préoccupe peut-être guère de sa personne, quoiqu'elle n'en soit pas sûre. Mais l'autre, un ancien sergent de ville retraité, actuellement employé de banque, il sait tout, celui-là, et elle nous dit alors ce qu'elle a remarqué. Son frère et sa sœur sont aussi au courant : ce sont eux, probablement, qui ont provoqué son internement. Elle rappelle des phrases, dites par sa sœur, qui prouvent bien qu'elle n'est pas étrangère à ses ennuis.

Les créanciers du boulevard D..., où elle avait son commerce, doivent être de la « bande » ; cela se comprend, puisqu'elle n'a pu les payer lorsqu'elle a vendu sa maison.

Jusqu'à ses vieux amis les W..., qu'elle fréquentait depuis si longtemps, qui connaissent son affaire, sans rien lui en dire franchement ; elle en a assez observé chez eux ; maintenant elle voit clair.

Enfin, un jour, elle nous dit que des milliers de personnes, à Paris, sont chargées de lui « en faire voir de toutes les couleurs ».

*Ces idées de persécution, banales en somme, se basent sur de multiples interprétations délirantes.*

La malade interprète spécialement les mots, les paroles qu'elle voit ou entend, et les gestes et signes qu'elle observe.

Il est difficile de savoir exactement quels sont les premières en date parmi les nombreuses interprétations erronées auxquelles elle se livre. Les renseignements de l'entourage, l'interrogatoire de la malade ne permettent pas de préciser ce point.

Si on ajoute à cela l'activité délirante rétrospective de Louise K..., on comprendra mieux encore la difficulté de classer ces interprétations. Ici, nous ne rapporterons que les plus saisissantes ; nous ne saurions d'ailleurs les donner toutes, puisque chaque interrogatoire en révèle de nouvelles.

La malade, Louise K..., se place au mois d'octobre 1904, avenue W..., n° 20, chez un monsieur seul, un Américain du nom de B... C'était une très bonne maison. « Je me doute que c'est le brasseur qui m'a envoyé là. » Voici pourquoi elle s'en doute. Un jour, cet Américain regarde des images du journal « Femina » et il lui dit en lui montrant ces images : « On dirait qu'ils font l'amour par le téléphone. » Elle se sauve et comprend tout de suite. Elle n'a jamais téléphoné qu'avec une personne, M. Paul A..., le brasseur ; alors cette allusion au

téléphone devient claire, le brasseur lui a procuré cette place.

D'ailleurs, quand cet Américain l'a prise chez lui, il devait la connaître. En effet, au bureau de placement, il avait le choix entre plusieurs domestiques bien plus jolies qu'elle; comment se fait-il que c'est elle qu'il a quand même retenue?

Et puis, chose étrange, ce M. B... décide de partir en Amérique une quinzaine de jours après l'entrée en service de Louise K... Il le savait bien, qu'il partirait, quand il l'a gagée. Pourquoi, sans la prévenir, la prendre pour quinze jours? Enfin, au moment de quitter Paris, ce monsieur la charge, elle, de faire l'inventaire de son appartement avec la propriétaire. Or, elle en a fait un autre inventaire autrefois, c'est à la brasserie du boulevard D... avec son acquéreur. Inventaire, brasserie, tout cela lui rappelle le passé et vient grossir le faisceau de ses doutes, sinon de ses preuves.

Durant l'année 1905, elle va rue de B..., chez une demi-mondaine. Elle n'y reste que neuf jours, car elle ne tarde pas à remarquer que la cuisinière lui fait des méchancetés, se moque d'elle, lui donne des quantités de vaisselle, etc.

Cette demi-mondaine, dit-elle, doit être la maîtresse du brasseur. En effet, plus tard, quand elle se rend à la brasserie des M... pour demander à M. Paul A... une place, elle lui exprime ses suppositions à ce sujet et il devient tout rouge. « Il se disait sans doute que je savais tout, réfléchit-elle; mais c'est bien vrai, je sais tout. » Un soir, dans cette maison, elle était dans sa chambre, il était environ dix heures et demie; elle entend une voix et reconnaît la voix de son mari. Elle ne sait pas ce qu'il a dit, mais elle a reconnu sa voix. Il devait être avec le brasseur. Du reste, quand elle en a parlé à son mari, il est devenu lui aussi tout rouge. C'est le brasseur, sans doute, qui lui avait procuré cette place, conclut-elle. Il savait bien chez qui il la mettait.

En 1905 encore, dans une autre place, rue des P...-C..., n° 87, elle a encore là des preuves de l'influence manifeste du brasseur. Et, d'abord, comment entre-t-elle dans cette maison? Elle rencontre un jour l'un des cochers-livreurs de la brasserie des M..., qu'elle connaissait. Elle lui parle un instant et le prie, en le quittant, de souhaiter le bonjour à M. Paul A... Or, deux jours après cette rencontre, elle obtenait cette place dans un bureau de placement. C'était une bonne situation; elle préparait la cuisine pour des ouvrières d'une grande maison de couture et elle réalisait de gros bénéfices, mais elle était à peine depuis plusieurs jours dans cette maison que la voiture de la brasserie des M... vient se ranger devant la maison. De plus, à dater de ce moment-là, toutes ses clientes, qui d'ordinaire buvaient du vin, lui demandent de la bière des M... Dès lors,

les difficultés surgissent : on se plaint de la cuisine, on dit que les portions sont plus petites qu'au début, on trouve que le service ne va pas assez vite, etc. ; elle doit partir.

En 1906, elle est chez M. A..., boulevard M..., n° 85 ; ce monsieur avait une maîtresse, une cocotte bien connue. La malade observe, en passant, que le brasseur la place presque toujours chez des femmes de cette sorte. Un jour, dans cette maison, on téléphone ; étant seule, elle doit aller écouter ; on demandait la sœur de M. A... Or, on savait bien que la sœur de M. A... n'était pas là. C'est donc le brasseur qui lui a téléphoné. D'ailleurs, « j'ai reconnu sa voix, dit-elle, et je lui dirai que c'était lui... Sans doute il parlait au nom d'une autre personne, mais c'était bien lui ». Du reste, qu'a-t-elle vu à la cuisine, quand elle est arrivée chez ce M. A... ? Il y avait sur la table une mayonnaise tournée. Or, un jour, elle avait invité le brasseur à dîner chez elle, et la mayonnaise qu'elle a servie était tournée. Elle a dû quitter cette place du boulevard M... parce que, dans cette maison, il y avait le père de la maîtresse de M. A... qui lui faisait la cour, l'embrassait par surprise ou de force dans la cuisine, derrière les portes. C'était assez l'essayer. On a vu qu'elle était suffisamment sérieuse.

La même année 1906, placée chez deux vieillards, l'homme et la femme, rue de la L..., n° 8, elle exécute là quelques travaux qu'elle apprécie d'une façon toute particulière. Ainsi, un jour, l'homme lui demande de lui laver les pieds. Il était très gros et ne pouvait certainement pas le faire lui-même. C'est la malade qui nous le déclare. Néanmoins, était-ce à elle à faire cette besogne ? Cet homme était retroussé jusqu'au-dessus des genoux. N'était-ce pas à sa femme à le laver ? S'ils ne le pouvaient ni l'un ni l'autre, ils n'avaient qu'à prendre un homme pour ce travail ; mais ils ne devaient pas demander cela à une femme comme elle. Elle n'est qu'une bonne, mais elle veut être respectée.

Malgré cela, elle a exécuté cette besogne. Elle s'est rappelée, en effet, que sa sœur, masseuse, lui avait dit que parfois on est obligé, dans les hôpitaux ou autre part, d'accomplir des travaux très sales. En somme, c'était une manière, de la part de sa sœur, de lui annoncer l'avenir.

Cette nouvelle « épreuve » lui paraît suffisante, et elle quitte sa place.

Au cours de cette année 1906, il lui arrive un jour quelque chose d'assez particulier. Elle se rend chez le brasseur, à l'usine, pour l'entretenir de ses ennuis. Vêtue d'un costume noir, elle portait à la taille une ceinture noire, fixée en avant avec une épingle ordinaire à tête blanche. En sortant, le brasseur lui fait remarquer qu'elle aurait dû fixer cette ceinture

avec une épingle à tête noire. Or, quelques jours après, on lui vole cette ceinture dans un hôtel, avec un tablier. Est-ce que cela n'est pas drôle? D'ailleurs, la veille de ce vol, elle aurait rencontré dans Paris une voiture portant le nom de Paul Fouillée. « Eh bien, oui, Paul fouillait » (Paul, c'est le prénom du brasseur).

Au commencement de l'année 1907, elle se place boulevard Saint-M..., 87, chez M<sup>me</sup> W... C'était une place très dure. On la met d'ailleurs presque toujours dans des places très pénibles. A peine est-elle arrivée qu'on lui dit et fait des méchancetés. Mais ce qui l'agace surtout, ce sont les gestes qu'on exécute devant elle, gestes significatifs, à son avis. Parmi ces gestes, l'un d'eux revient plus fréquemment, c'est le geste de se prendre doucement de haut en bas l'extrémité du nez, entre l'index et le pouce de la main gauche ou de la main droite. Un autre geste, qu'on accomplit encore à dessein devant elle, c'est celui de se passer l'extrémité des doigts des mains droite ou gauche un peu au-dessous de la paupière inférieure de l'œil correspondant. Elle quitte sa place et attache désormais une grande importance à l'attitude qu'on a devant elle. C'est ce qui, en fait, provoquera son internement. D'autres gestes, outre ceux que nous venons de décrire, lui paraissent suspects : celui de se prendre le menton, celui de se gratter l'oreille, etc. Les gens qui crachent ou toussent devant elle ou quand elle passe sont aussi des personnes renseignées, connaissant son affaire.

Dans une des dernières places qu'elle occupe chez une cocotte, rue V...-M..., n° 15, un soir on lui prédit très exactement ce qui va lui arriver. Sans doute, on ne s'adresse pas directement à elle, mais plus tard elle a bien compris. Cela est venu de la femme de chambre : elle a dit en effet d'un air entendu à un petit chien qui était dans la cuisine : « Allons, va-t-en, chien ; tu n'es d'ailleurs pas pour rester ici. Bientôt, tu seras dans une cuisine très chaude, auprès d'un fourneau, et à côté il y aura un grand bois. » Or, quelques jours après, elle sortait de cette maison, pour aller dans une autre située près du bois de Boulogne, où la cuisine était étouffante. D'ailleurs, rue V...-M..., elle a remarqué encore autre chose. C'est là, en effet, qu'elle eut l'occasion d'apprécier tout particulièrement la valeur de la sauce très réputée du homard à l'américaine. Elle n'en avait jamais mangé d'aussi bonne jusqu'ici. Or, autrefois, le brasseur lui avait dit, à la maison de la brasserie du boulevard D..., un jour où ils causaient de homard et de la manière de l'apprêter : « Une fois, je vous emmènerai dans une maison où on mange de la bonne sauce de homard à l'américaine. »

Elle n'est restée que vingt-huit jours rue V...-M..., car la



dame est partie encore en voyage. Il lui est arrivé également dans la rue de saisir une fois une conversation qui avait trait à sa personnalité. Deux individus, inconnus d'elle, causaient sur le bord d'un trottoir, et ils ont dit très nettement, devant tout le monde : « Elle a un mauvais caractère, on lui donnera un mari comme elle. » On veut me marier, c'est pour me prévenir.

Le soir du 14 juillet 1907, elle s'attarde sur les boulevards. Elle regarde si les marchands de vin vendent bien. Cela l'intéresse, puisqu'elle a été auparavant dans le commerce. Elle reste même jusqu'à une heure du matin à voir le monde danser, chanter. « Eh bien, figurez-vous, dit-elle, qu'à cette heure-là, quand je suis rentrée, une voiture de la Brasserie des M... s'est mise à courir après moi ! On n'a jamais vu cela, une voiture de la brasserie, avec des fûts, à une heure du matin. »

Un matin, elle achète *le Journal* pour les annonces. Il y avait cette fois-là plus de dix places de bonne. Elle est allée se présenter dans toutes ces places ; partout, on a exécuté les gestes que nous savons.

Depuis quelque temps, deux ou trois mois, elle pense qu'on lui intercepte sa correspondance. Même, quand M. Paul A... a appris cela, il s'est trouvé gêné ; il était tout tremblant.

A propos des V..., cette vieille famille de ses amis, elle raconte que la grand'mère lui a dit plusieurs fois que son mari était mort ; or, chaque fois, elle lisait sur sa figure, dans ses yeux, que ce n'était pas vrai. D'autre part, elle a lu chez les V... un roman du *Petit Journal* qui répond tout à fait au tableau de son existence personnelle. Et puis, il y avait toujours sur le bureau un livre intitulé : *Louise et Paul*. Louise est le prénom de la malade, et Paul celui du brasseur. Qu'est-ce que cela signifie ? Elle ne sait pas au juste ce qu'il y a dans ce livre, mais pourquoi était-il toujours là ? C'est qu'ils étaient, eux aussi, au courant de ses misères !

Quand elle parle du retour à Paris de son mari, qui était allé se soigner à la campagne, elle se rappelle que, dans la rue, elle voyait toujours marcher quelqu'un avec une serviette sous le bras. C'était pour lui faire comprendre qu'elle aurait dû s'adresser aux hommes de loi lors de la vente de sa maison.

Dernièrement, elle a cru à un empoisonnement. Elle a déjeuné, sans le savoir, dans le même restaurant qu'un des parents de son mari, l'ancien sergent de ville. C'est en sortant qu'elle s'est trouvée face à face avec lui. Ils s'entretennent un court instant ; elle venait de le quitter, quand elle ressent des coliques atroces suivies de selles nombreuses. « Je me doute qu'ils sont allés à la cuisine dire d'ajouter quelque chose dans les plats que j'ai mangés. »

Ici, à l'asile, elle continue à interpréter.

Il lui est arrivé quelquefois de voir des malades se déshabiller et se mettre presque nues. Mais dans les journaux *Femina*, *Je sais tout*, qu'elle regardait parfois chez ses amis les V..., il y avait aussi des femmes nues.

Les malades émiettent du pain pour les oiseaux. Mais la grand'mère V... émiettait aussi du pain pour les moineaux; « tout cela, ce sont des signes ».

Les infirmiers, les malades exécutent eux aussi les gestes qu'elle a si souvent observés.

A propos de ses compagnes à l'asile, elle fait remarquer : « Il y a des folles, qui ont des petits moments de connaissance; il y en a qui nous lancent des coups de patte; on ne me parle pas, mais c'est pour moi quand même. »

Elle conclut : « Tous ces gens-là doivent s'entendre... on dirait que ce sont des physiiciens... Ils me font voir d'avance tout ce qui va m'arriver... Partout où je vais, ils sont là avec moi... Ils feraient bien marcher le président de la République. »

*On ne trouve pas*, chez la malade, *de troubles hallucinatoires*; à aucun moment, nous n'avons observé, soit dans ses paroles, soit dans ses attitudes, quelque chose pouvant être, après examen, considéré comme des troubles sensoriels.

De même, *les facultés intellectuelles* de Louise K... *ne sont en aucune manière affaiblies*.

Au point de vue de *l'activité*, la malade manifeste certaines tendances qui ont, dans le cas présent, une grande importance symptomatique et diagnostique.

C'est une de ces réactions, bris de carreaux dans un bureau de placement, qui a amené son internement. Il est intéressant de rechercher comment elle a été amenée à cet acte.

Elle venait d'entrer dans le bureau de placement, et la conversation était à peine engagée que la placeuse se met à exécuter les fameux gestes significatifs. Elle serait peut-être partie sans rien dire, si cette personne n'avait pas continué ces gestes avec une exagération, une malveillance évidentes. C'est alors que Louise K... s'est emportée; on s'est disputé, et elle a cassé des vitres.

A l'asile, la malade, jusqu'ici, a été calme. Elle s'isole et proteste rarement auprès des infirmières. D'ailleurs, elle travaille en général activement, soit à la couture, soit à la cuisine, soit au repassage.

Elle livre peu ses pensées. Assez réticente, soit par défiance, soit par crainte, soit peut-être aussi à cause du doute qui l'envahit sans cesse, du manque de fixité de ses idées morbides, elle ne nous a communiqué qu'après de longues conversations son délire et ses interprétations.

On observe chez elle deux tendances réactionnelles opposées. Tantôt elle s'excite, s'emporte contre ses ennemis, notamment contre le brasseur M. Paul A..., tantôt contre les parents de son mari, et elle dit qu'elle devrait se venger. Elle en a assez; si on veut l'essayer encore, qu'on la mette en prison, mais qu'on ne la garde pas avec des fous. Une fois, à propos du brasseur, elle nous a dit : « *J'aurais dû le tuer, après tout ce que j'ai souffert.* » Il est vrai d'ajouter, qu'elle nous a dit cela en riant, dans une sorte d'explosion, et que, aussitôt après, elle s'est demandé si le brasseur ne lui donnerait pas finalement une bonne place où elle gagnerait bien sa vie.

Tantôt, elle se propose des fins tout autres. Elle refusera de manger. Sa sœur nous a déjà dit, du reste, qu'elle était restée cinq jours sans s'alimenter en 1905. Elle nous annonce qu'elle va recommencer. Et puis, elle dit aussi : « *Quand je vois ça, je voudrais être morte; je suis dégoûtée de la vie; je me tuerai... je me tuerai; je me jetterai sous un automobile.* »

Ces tendances suicides nous paraissent actuellement plus fréquentes, au cours de l'examen, que les tendances homicides.

Ajoutons, chose à laquelle nous avons déjà fait allusion, que la malade offre des alternatives de confiance et de désespoir. C'est ainsi qu'elle dira que le brasseur qui la connaît pour une femme travailleuse et honnête lui trouvera enfin la place qu'elle désire.

Puis, quelques instants après, elle exprimera que ce n'est plus possible, qu'elle devrait se venger ou se tuer parce qu'elle n'a plus rien à espérer. Le premier état émotif semble être, d'une manière générale, celui que, au fond, la malade éprouve le plus souvent et le plus longtemps.

Nous avons enfin observé chez la malade des gestes que nous croyons devoir considérer comme une réaction de défense. Ce sont, d'ailleurs, les mêmes que ceux qu'elle a observés chez ses ennemis. Elle répondrait donc au geste accompli devant elle par un geste identique. Elle se prend, par exemple, l'extrémité nasale si la personne qui lui parle se prend la même extrémité. D'autre part, elle a certainement exécuté devant nous ce geste spontanément quand on la pressait de questions sur un point donné, notamment sur le pourquoi de toutes les épreuves auxquelles on la soumettait. Interrogée à ce sujet, elle ne s'explique pas.

En somme, voilà donc une malade qui a des idées délirantes de persécution depuis six ans environ, et qui se présente avant tout, cliniquement, avec des interprétations erronées.

Cette évolution progressive de l'affection et ces inter-

prétations si nombreuses, si riches, si incessantes, si on peut s'exprimer ainsi, semblent bien constituer une forme *spéciale* de psychose délirante chronique, le délire d'interprétations, forme différente des autres psychoses délirantes chroniques, qui peuvent aussi s'accompagner d'interprétations délirantes, et notamment du délire des persécutés-persécuteurs.

Nous éliminerons d'abord les maladies dans lesquelles les *interprétations délirantes* sont purement symptomatiques : *psychoses chroniques hallucinatoires*, démence précoce, confusion mentale, folie périodique, paralysie générale, etc.

Nous ne parlerons pas non plus de la débilité mentale. On pourrait être tenté d'y faire rentrer les interprétants délirants chroniques ; en fait, le diagnostic de débilité mentale est un diagnostic non pas clinique, mais étiologique.

Nous ne retiendrons ici que les délires chroniques hallucinatoires. Quelques-unes des interprétations de la malade, sans doute, font penser à des troubles psycho-sensoriels. Ainsi, elle a entendu la voix de son mari, dans une de ses places ; elle a entendu des hommes sur le trottoir dire qu'elle avait mauvais caractère et qu'il fallait lui donner un mari comme elle ; sa réaction de défense, enfin, pourrait être envisagée comme le résultat d'une hallucination, etc. Toutefois, lorsqu'on examine à plusieurs reprises ces troubles, on n'y trouve rien de sensoriel. — Elle n'a pas entendu, à proprement parler, la voix de son mari, elle a reconnu le timbre de sa voix ; elle ignore, du reste, ce qu'il a dit. Elle ne l'a jamais entendu d'autres fois. — Les hommes étaient sur le trottoir à causer, tout le monde les a vus et entendus. — Quant à son geste de défense, c'est en vain que nous lui avons cherché une source hallucinatoire. D'ailleurs, à aucun moment, durant les heures que nous avons consacrées à l'examen de Louise R..., elle n'a laissé échapper une parole ou pris une attitude qui puisse faire songer à des troubles psycho-sensoriels.

MM. Sérieux, Deny disent, du reste, qu'il peut y avoir dans le délire d'interprétations de très courts épisodes hallucinatoires.

Les psychoses délirantes chroniques sensorielles étant examinées, il importe de dire maintenant en quoi notre malade se différencie des persécutés-persécuteurs :

1° Louise R... n'a *pas d'idée obsédante* ou, pour mieux dire, d'idée fixe, prédominante, prévalente. Si ses idées de persécution systématisées forment un tout, il y a, dans la manière délirante de la malade, une *mobilité* et une *variabilité* incessantes. Sans doute, on la persécute; sans doute, on la met à l'épreuve, mais pourquoi? Est-ce pour la marier avec telle ou telle personne? est-ce pour la remettre avec son mari? Elle ne sait au juste, il n'y a là rien de fixe, rien de précis. Elle s'interroge continuellement. Elle cherche : je me doute de ceci..., je me doute de cela, dit-elle. Rien n'est absolument immuable. L'intellect de la malade est comme une épave ballottée au gré de ses erreurs de jugement.

L'activité délirante de la patiente n'est pas figée en un unique concept, conduisant à un but lumineux, mais, au contraire, elle offre des formes variées, elle se présente sous des aspects divers, quelquefois opposés. N'a-t-on pas vu notre malade tantôt confiante, tantôt déprimée? C'est le doute, entretenu par la multiplicité de ses interprétations, qui engendre cet état. En vain donc, on chercherait chez elle l'idée prévalente des persécutés-persécuteurs.

2° Notre malade a des *idées* qui sont vraiment *de nature délirante*, qui traduisent l'abolition de son sens critique. Or, les idées délirantes proprement dites n'existent pas chez les persécutés-persécuteurs. C'est ainsi que Louise R... dit qu'elle a affaire à des physiiciens. De plus, elle a présenté des idées d'empoisonnement et elle a actuellement des idées de suicide, par intervalles. On ne voit jamais de telles idées chez les persécutés-persécuteurs, qui savent avec précision ce qu'ils veulent et où ils vont. Enfin, un persécuté-persécuteur dirait-il que la voiture de la brasserie des M... s'est mise à courir après lui, à une heure du matin? dirait-il que les fous lui lance des coups de patte?

3° Chez les persécutés-persécuteurs, les conceptions morbides sont fixes. Or, chez notre malade, il y a une *évolution* manifeste. L'affection a débuté en 1902 (il y a actuellement six ans), nous a dit la sœur, et depuis

l'état délirant n'a fait que s'aggraver. D'ailleurs, l'étude de la psychicité de la malade à laquelle nous nous sommes livrés montre que, toujours, il y a quelque chose de nouveau dans son délire. Il n'est pas possible de noter toutes ses interprétations ; elle en présente toujours de nouvelles. C'est quelle travaille son délire ; infatigable, elle élabore, raisonne, réfléchit sans jamais cesser.

4° Les *réactions*, enfin, de notre malade diffèrent de celle des persécutés-persécuteurs. Elle avait pourtant de nombreuses raisons de réagir. Elle a assez souffert ; que d'épreuves elle a subies ! Or, au lieu de trouver la cause de son internement dans une réaction contre ses persécuteurs, elle la trouve dans un acte destructif chez une placeuse. Et pourquoi ? Parce que celle-ci n'a cessé de faire devant elle les gestes que nous savons.

Enfin, nous devons faire ressortir que, sans doute, la malade nous a dit, en riant d'ailleurs, qu'elle se vengerait du brasseur, qu'elle aurait dû le tuer, mais aussi elle a exprimé des idées de refus d'aliments et de suicide : « Je ne mangerai plus, je me tuerai, je me tuerai », a-t-elle dit maintes fois. Sont-ce là des paroles de persécutés-persécuteurs ?

En terminant, nous voulons rappeler ici les symptômes qui, d'après MM. Sérieux et Capgras (1), différencient le délire d'interprétations du délire des persécutés-persécuteurs.

#### *Délire d'interprétations.*

- 1° Multiplicité des conceptions ;
- 2° Existence d'idées délirantes (mégalo manie, etc.) ;
- 3° Evolution progressive du délire ;
- 4° Contingence des réactions.

#### *Délire des persécutés-persécuteurs.*

- 1° Idée obsédante unique ;
- 2° Absence d'idées délirantes proprement dites ;
- 3° Fixité des conceptions morbides ;
- 4° Constance des réactions disproportionnelles à leur mobile.

« En résumé, concluent les auteurs, dans la folie des persécutés-persécuteurs, on a affaire à une idée

(1) Sérieux et Capgras, *Revue de Psychiatrie*, juin 1904.

obsédante, à un trouble de la volonté. Dans le délire d'interprétations, c'est une perversion du jugement qui est le fondement de la psychose. »

#### DISCUSSION

M. DENY fait remarquer la fréquence chez ces malades des idées de grandeur, rares au contraire chez les persécutés-persécuteurs à idées prévalentes.

La séance est levée à 5 h. 50.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

#### SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1907.

##### Présidence de M. DENY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

##### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Leroy, Marie, Trénel, à la place de membre titulaire déclarée vacante. — Commission : MM. Arnaud, Kéraval, Klippel, Legras, Semelaigne ;

2° Une lettre de M. René Charpentier, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Dupré et Dupain, rapporteur ;

3° Une lettre de M. de Clérambault, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Dupré, Vallon, Legras, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Witry, de Trèves, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Moreau (de Tours), Pactet et Semelaigne, rapporteur ;

5° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Pilcz, de Vienne, membre

associé étranger, annonçant qu'il vient d'être nommé professeur à l'Université.

La correspondance imprimée comprend :

1° Sur l'amentia, par M. Erwin Stransky ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de novembre 1907.

### *Rapports de candidature.*

M. ANTHEAUME. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Legras, Vallon et Antheaume, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Rodiet, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Rodiet a été successivement externe des hôpitaux de Paris, interne de la Maison nationale de Charenton ; interne des asiles de la Seine et de l'infirmerie du Dépôt ; interne des ambulances à l'hôpital de Saint-Louis (1900) ; médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues et de l'asile de Clermont. Il vient dernièrement d'être désigné pour occuper l'un des postes de médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yon.

Dans sa thèse, soutenue en 1897 et portant le titre : « L'alcoolisme chez l'enfant », notre distingué confrère a étudié d'après des observations personnelles, prises pendant son internat dans le service de notre collègue M. Blin, à la colonie de Vaucluse, toutes les influences qui produisent l'alcoolisme pendant la première jeunesse : hérédité d'abord, mais aussi milieu, éducation, entraînement. En tant qu'effets, ce qui caractérise l'alcoolisme chez l'enfant, c'est la constance des hallucinations de la vue et des troubles de la motilité. Les enfants qui ne sont pas des hérédéo-alcooliques soutiennent mieux et plus longtemps les excès de boisson.

En 1900, dans une étude faite *sur les ambulances de la Ville de Paris et sur les secours publics aux blessés*, M. Rodiet passe en revue l'installation des postes d'ambulances dans Paris et les grandes villes, le personnel, ses conditions de recrutement, et il insiste particulièrement sur le transport des aliénés, en déplorant



qu'il n'existe pas une voiture spéciale avec un personnel habitué à des malades. Trop souvent ce sont des agents de police qui conduisent à l'infirmerie du Dépôt les aliénés arrêtés sur la voie publique.

Parmi les autres travaux, il faut citer :

« L'hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu », travail publié dans les *Archives de Neurologie*;

« Comment on défend la vie humaine contre les traumatismes » (Labonne, éditeur, Paris 1900) ;

« Les Enfants alcooliques », mémoire paru dans la *Revue philanthropique*, et la *Revue d'assistance* en septembre, octobre et novembre 1902;

Une communication au Congrès d'assistance de Bordeaux (juin 1903) sur « l'Assistance aux aliénés inoffensifs, convalescents et guéris ». Cette communication a été insérée dans la *Revue philanthropique* du 10 décembre 1903.

Les autres publications à noter sont, depuis 1903 :

Diagnostic du tabes et de la paralysie générale d'après les symptômes oculaires. Communication à la Société de médecine de Vaucluse, 1<sup>er</sup> avril 1905, *Bulletin et mémoires de la Société* (en collaboration avec le Dr Pansier) ;

Les symptômes oculaires de la paralysie générale en médecine légale. *Revue de médecine légale et Journal de médecine de Paris*, 27 mai 1906;

De la valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale. Mémoire couronné par la Société médico-psychologique, prix Aubanel 1906 (en collaboration avec MM. les Drs Pansier, Cans, Dubos, Bricka) ;

Sur la réforme de la loi 1838, *Journal de médecine de Paris*, 15 juillet 1906;

Les symptômes oculaires de la paralysie générale, *Archives de Neurologie*, août 1906;

Les troubles oculaires dans les encéphalopathies diffuses ou circonscrites de la syphilis. Communication à la Société de médecine de Vaucluse, septembre 1906, *Bulletin et mémoires de la Société* ;

Les paralysies des muscles externes de l'œil au cours de la paralysie générale progressive, de la syphilis et du tabes. Communication à la Société de médecine de

Vaucluse, octobre 1906, *Bulletin et mémoires de la Société*;

Observation clinique et anatomo-pathologique des yeux d'une paralytique générale. *L'Encéphale* (en collaboration avec le Dr Bricka), octobre 1906;

Diagnostic différentiel des troubles cérébraux d'origine toxique dus à l'alcool et au tabac, et de la paralysie générale d'après les symptômes oculaires. *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1906;

Des sorties d'essai dans la convalescence des maladies mentales (en collaboration avec le Dr Pichenot). Communication à la Société de médecine de Vaucluse, *Bulletin et mémoires de la Société*, mars 1907;

La nouvelle loi sur les aliénés et les obligations qu'elle impose aux médecins. Communication à la Société de médecine de Vaucluse, *Bulletin de la Société*, avril 1907;

Quelques considérations sur les troubles oculaires de l'épilepsie et de l'hystérie au point de vue médico-légal. (en collaboration avec MM. Cans et Pansier). *L'Encéphale*, août 1907;

Sur le recrutement des infirmiers et infirmières dans les asiles d'aliénés et hôpitaux de province. Communication au Congrès d'Amsterdam, septembre 1907.

Cette longue énumération vous est une preuve, messieurs, que notre distingué confrère peut, à bon droit, être considéré comme un aliéniste laborieux et dont les travaux intéressants méritent une fois de plus d'être récompensés par un accueil favorable fait par vous à sa demande d'aujourd'hui.

En conséquence, votre Commission est unanime pour recommander à vos suffrages M. le Dr Rodiet, qui sera certainement au nombre de nos membres correspondants les plus actifs et les plus distingués.

Conformément à ces conclusions, M. Rodiet est élu membre correspondant.

M. COLIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Moreau (de Tours), Pactet, Colin, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Jacquin, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon, médecin-adjoint de l'asile de Bordeaux, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Ancien externe, puis interne suppléant des hôpitaux de Lyon, nommé interne des asiles du Rhône au concours de 1898, le D<sup>r</sup> Jacquin devenait, en 1899, chef de clinique des maladies mentales dans le service du professeur Pierret. En 1900 il était nommé médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, et il est attaché actuellement en cette qualité à l'asile de Château-Picon, à Bordeaux.

Le D<sup>r</sup> Jacquin est membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Il a publié, seul ou en collaboration, un grand nombre de travaux dont l'énumération ci-dessous vous indiquera l'importance :

Etude sur la maladie du jeune chien. Paralyse infantile et chorée. Lésions microbiennes du système nerveux central (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Taty). *Soc. des Sciences médicales de Lyon*, juillet 1898;

Contribution à l'étude des syphilo-psychoses. *Thèse de doctorat*, Lyon, 1899 (récompensée par la Faculté);

Sur un cas de nigritie chez les aliénés (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Bonne). *Arch. générales de Médecine*, novembre 1899;

Epilepsie et trépanation accidentelle. *Archives de Neurologie*, mars 1900;

Etude sur le sérum artificiel en psychiatrie. *Annales Médic. Psychol.*, mai-juin 1900;

Tumeur maligne et aliénation mentale. *Revue de Psychiatrie*, mai 1900;

Valeur de l'héroïne en psychiatrie (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Viallon). *Ann. Médic. Psych.*, novembre-décembre, 1900;

De l'assistance et de l'éducation des enfants arriérés. Rapport présenté au Congrès national d'assistance publique. Bordeaux, juin 1903;

Sarcomatosé angiolithique de la dure-mère chez une aliénée (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 30 novembre 1903;

Tuberculose rénale fibreuse bilatérale et gliomatose généralisée cérébrale (avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 11 janvier 1904;

Epithélioma de la base du cerveau (avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 17 octobre 1904;

Hémiplégie spasmodique athétosique avec participation du facial (avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 30 janvier 1905;

Syndrome addisonien chez un arriéré épileptique (avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 22 mai 1905;

Infarctus du myocarde. Rupture de la coronaire. Hémopéricarde. *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 1<sup>er</sup> mai 1906;

Hémiplégie ancienne et atrophie moniliforme du corps calleux (avec le D<sup>r</sup> Robert). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 17 décembre 1906;

Un cas d'idiotie mongolienne (avec le D<sup>r</sup> Robert). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, janvier 1906);

Nombreuses communications à la Société de Médecine de Bordeaux;

De l'assistance des enfants arriérés des écoles. *Bulletin de l'Instruction primaire de la Gironde*, janvier 1905;

Assistance et traitement des enfants arriérés. *Revue Philanthropique*, 1905;

Collaboration à l'article : Assistance et législation des aliénés, dans le *Précis des Maladies mentales* du professeur Régis. Collection Testut, 1906;

Contribution à l'anatomie pathologique de la démence précoce (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Anglade). *Congrès des Aliénistes*, Lille, 1906;

Le pessimisme de Chamfort. *Chronique Médicale*, 15 octobre 1906;

Hérédo-tuberculose et idioties congénitales. *L'Encéphale*, février 1907 (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Anglade);

Un règlement de la prostitution au temps de la Révolution. *Chronique médicale*, 1<sup>er</sup> juillet 1907;

Psychoses périodiques et épilepsie. *L'Encéphale*, juin 1907 (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Anglade), etc., etc.

Le temps me manque pour analyser devant vous ces différents travaux que vous connaissez du reste déjà.

Je me bornerai à signaler d'une façon spéciale l'étude sur la paralysie du jeune chien, paralysie infantile, maladie infectieuse dont les symptômes dominants sont ceux d'une myélite dorso-lombaire, avec paralysie atrophique du train postérieur et mouvements cho-

rièques. Cette étude a été présentée en 1898 à la Société des sciences médicales de Lyon. A cette occasion, M. le Professeur Pierret, qui en 1883 avait déjà observé des cas analogues, et qui avait soutenu la théorie infectieuse de la paralysie infantile, a émis sur la priorité des travaux scientifiques, dans la forme si nette et si personnelle qui lui est propre, des considérations auxquelles il serait difficile de ne pas se rallier.

Je citerai aussi un rapport sur l'assistance et l'éducation des enfants arriérés, présenté au III<sup>e</sup> Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée tenu à Bordeaux en 1903, et une conférence sur le même sujet faite aux instituteurs et institutrices de la Gironde et publiée dans la *Revue philanthropique*.

Le Dr Jacquin connaît bien cette question, une des plus importantes qui soient à mon sens, qu'on l'envisage au point de vue médical, au point de vue pénitentiaire, ou simplement au point de vue pédagogique. En ce moment, un essai de traitement pédagogique dans les écoles ordinaires vient d'être tenté à Paris, sous les auspices de M. Léon Bourgeois et grâce aux efforts de MM. Binet et Simon ; nous ne doutons pas que bientôt des résultats importants, au point de vue social, soient réalisés grâce à la conception nouvelle de la psychologie des enfants anormaux.

Il nous faut citer aussi les commentaires qui accompagnent un très intéressant travail de bibliographie rétrospective, publié par le Dr Jacquin sur le règlement de la prostitution au temps de la Révolution. Ces commentaires dénotent, chez l'auteur, un souci très grand d'assurer la préservation sociale par des moyens prophylactiques qu'il prend soin d'indiquer.

Peut-être serions-nous en droit de formuler des réserves au sujet des considérations dont M. Jacquin accompagne certains de ses travaux, tels que l'étude sur un gliome du lobe temporal, sur le tic de la tête associé aux émotions et à l'écriture, sur un cas d'épilepsie totale d'origine traumatique.

Ces travaux dénotent certainement une activité scientifique des plus louables, mais l'auteur aurait peut-être pu éviter des généralisations prématurées et s'inspirer de la règle et de la méthode cartésiennes, c'est-à-dire

de ne recevoir jamais aucune chose pour vraie qu'il ne la connût évidemment être telle.

Cette légère critique une fois faite, votre Commission estime que la Société médico-psychologique aura tout avantage à s'attacher comme collaborateur M. le Dr Jacquin, en lui attribuant, comme il le désire, le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Jacquin est élu membre correspondant.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Magnan, Ritti, et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Juliano Moreira, ancien professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Bahia, directeur aliéniste de l'Hôpital national d'aliénés de Rio-de-Janeiro.

En qualité de rapporteur de votre Commission, je viens donc, messieurs, vous rendre compte de l'examen que nous venons de faire des titres et travaux scientifiques de notre collègue brésilien, et proposer les conclusions de notre rapport à la ratification de vos suffrages.

Dès l'année 1891, M. le Dr Juliano Moreira fait paraître un travail sur l'*Etiologie de la syphilis maligne précoce*. Interne, puis assistant à l'asile d'aliénés, il étudie les malades confiés à ses soins et publie de nombreuses observations, aussi bien dans les périodiques du Brésil, que dans les périodiques étrangers. Ainsi dans le *Brésil médical* 1894, un cas de *pharyngisme tabétique*; en 1895, dans le *British journal of Dermatology London*, un cas d'*affection arsénicale de la peau*. Des observations de *saturnisme et de syphilis maligne* dans les *Annales de Dermatologie et de syphilis* (Paris, juin 1895). — *Le bouton endémique des pays chauds observé à Bahia*, dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*. — *La syphilis dans la période d'involution sénile*. — *Les réflexes tendineux dans la phase post-paroxystique de l'épilepsie*, dans les *Annales de la Société de médecine*. — Sa thèse d'agrégation en 1896 est un savant travail sur les dyskinésies arsénicales, mettant au point, à cette époque, l'état de la question. Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de

médecine de Bahia, il instruit et forme à son école la phalange des aliénistes brésiliens. Ses communications deviennent plus nombreuses; ainsi: *Sur le bérubéri*; — *Sur la syphilis comme facteur de dégénérescence*; — *Sur la méthode de Flechsig et l'hyper-excitabilité corticale chez les épileptiques*, toutes observations publiées dans la *Gazette médicale de Bahia*. Dans ce même journal, notre confrère donne d'intéressants articles sur l'asile-colonie d'aliénés de Juquery (Etat de Saint-Paul, Brésil); — sur les cliniques allemandes de psychiatrie et maladies nerveuses de Halle et de Wurtzburg, où il est venu étudier en 1901 et en 1902. En 1905, M. le D<sup>r</sup> Moreira fonde les *Archives brésiliennes de psychiatrie*; il en est un des collaborateurs les plus assidus. Je citerai seulement ses principaux articles: *Assistance des épileptiques*; — *Paranoïa et syndromes paranoïdes*, en collaboration avec le D<sup>r</sup> A. Peixoto, mémoire présenté au II<sup>e</sup> Congrès de médecine de Buenos-Aires; — *Les maladies mentales dans les climats tropicaux*, mémoire présenté au XV<sup>e</sup> Congrès international de médecine de Lisbonne; — *La paranoïa légitime, son origine, sa nature*; — *L'assistance des aliénés au Brésil*, communication faite au II<sup>e</sup> Congrès international de l'assistance des aliénés à Milan, en septembre 1906. Il est intéressant de vous en donner quelques extraits: jusqu'au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, les aliénés n'eurent aucune assistance convenable au Brésil. Quelques malades riches, plus ou moins tranquilles, étaient conservés dans leurs familles ou envoyés dans des maisons de santé d'Europe. Les agités, plus malheureux que les autres, étaient enfermés dans les prisons et confondus avec les criminels et les vagabonds. En 1830, le professeur Jobim, de la Faculté de médecine de Rio, protesta le premier contre l'inhumanité du traitement qu'on donnait aux aliénés et réclama son attention des pouvoirs publics. En 1839, le D<sup>r</sup> De Simoni fit paraître un mémoire sur l'importance et la nécessité d'un asile pour le traitement des aliénés. C'est au mois de juin 1841 que fut créé le premier asile d'aliénés du Brésil. Quarante ans plus tard, on inaugura l'enseignement clinique de la psychiatrie dans les Facultés de médecine. Il existe actuellement sur le territoire brésilien une quin-

zaine d'établissements, d'importance plus ou moins grande, destinés au traitement des aliénés. A Rio-de-Janeiro (District Fédéral), l'hospice national des aliénés compte environ 11.000 malades; il est placé sous l'autorité du Directeur aliéniste, notre collègue le D<sup>r</sup> Juliano Moreira. 5 aliénistes en chef, 1 aliéniste pédiatre, 1 gynécologiste, 1 ophtalmologiste, 1 électrothérapeute, 1 hydrothérapeute, 1 chef des travaux anatomiques, 1 assistant de laboratoire, 1 pharmacien, 6 internes, le secondent dans sa tâche. Une clinique de psychiatrie et une colonie d'aliénés en forment le complément. On va du reste construire une nouvelle colonie d'après le principe d'Alt-Scherbitz et de Galkhausen. A proximité de cette colonie, M. le D<sup>r</sup> Moreira assure fonder l'assistance familiale. Je n'ai pas l'intention, messieurs, de vous faire l'énumération descriptive des asiles d'aliénés du Brésil, à propos de la candidature de M. le D<sup>r</sup> Moreira, mais je dois dire que notre distingué collègue est le promoteur et l'heureux artisan de ces réformes humanitaires et scientifiques. C'est lui qui, après avoir visité et étudié les principaux asiles de la vieille Europe, fut chargé de donner les plans de la réforme à la jeune Amérique. L'hôpital national des aliénés de Rio-de-Janeiro est un établissement modèle. Le D<sup>r</sup> Moreira a su y réunir une sélection habile des perfectionnements modernes. Les dortoirs hygiéniques, les pavillons séparés, l'isolement des maladies infectieuses intercurrentes, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, les laboratoires d'études, en un mot des conditions matérielles excellentes qui concourent à faire de l'asile un admirable instrument de traitement. Quant aux méthodes de traitement : le classement raisonné des malades, le no-restraint, le traitement par le lit pour les aigus, le traitement par le travail et la vie en liberté pour les chroniques et les convalescents. Une école d'infirmiers.

Pourquoi retenir plus longtemps votre attention, messieurs, sur le mérite scientifique de notre savant collègue; vous connaissez ses nombreux travaux.

Ancien interne, ancien assistant, ancien professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Bahia, membre de la Société de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, membre de



la Société d'anthropologie de Munich, membre de la Société médico-légale de New-York, directeur des *Archives brésiliennes de psychiatrie*, directeur aliéniste de l'hôpital des aliénés de Rio-de-Janeiro, délégué officiel du Brésil aux Congrès de Lisbonne, de Milan, d'Amsterdam, malgré tous ces titres, il manquait au D<sup>r</sup> Moreira cette consécration scientifique d'être des vôtres et de porter par-delà l'horizon de la vaste mer, la haute renommée de votre Compagnie.

Messieurs, je vous propose au nom de votre Commission, de décerner au D<sup>r</sup> Juliano Moreira le titre de membre associé de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Juliano Moreira est élu membre associé étranger.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Ritti et René Semelaigne, rapporteur, pour examiner les titres et travaux scientifiques du D<sup>r</sup> Giuseppe Muggia, qui demande à être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger.

Parmi les brochures soumises à votre Commission, un certain nombre sont consacrées à la démence précoce, question à l'ordre du jour, et dont l'étude semble avoir particulièrement sollicité, depuis quelques années, l'attention de l'auteur. Elles ont pour titre :

*Contribution à l'étude des déments précoces;*

*Existe-t-il dans le sang des déments précoces une forme spéciale de globule rouge?*

*Notes expérimentales sur les conditions organiques chez les déments précoces;*

*Conception et délimitation de la démence précoce.*

Le D<sup>r</sup> Muggia admet que l'uniformité de symptômes, de marche et de terminaison, confère à la démence précoce le droit à une existence autonome, mais il pense que la genèse de la maladie est encore insuffisamment étudiée. Pour lui, l'unité s'arrête aux formes hébéphrénique et catatonique, qu'il propose de réunir en une seule, dite hébéphréno-catatonique. A la forme paranoïde seule, complètement isolée, il réserve le nom de démence précoce.

Parmi les autres travaux du même auteur, je citerai quelques études concernant l'action du radium sur l'exci-

tabilité électrique des muscles, la psychose alcoolique paranoïde chronique et l'épilepsie tardive.

Messieurs, votre Commission vous propose de donner au D<sup>r</sup> Giuseppe Muggia le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Giuseppe Muggia est élu membre associé étranger.

M. VIGOUROUX. — M. le D<sup>r</sup> Fernand d'Hollander, médecin à la colonie de Gheel, sollicite le titre de membre associé de notre Société.

Au nom d'une Commission composée de MM. Deny, Séglas, Vigouroux, rapporteur, j'ai l'honneur de vous rendre compte de ses titres scientifiques.

Le D<sup>r</sup> M. F. d'Hollander soumet à notre appréciation des travaux de trois ordres différents : anatomique, histologique et embryologique, et enfin purement psychiatrique.

Il étudie le *faisceau vestibulo-spinal*, dans un mémoire paru dans les *Archives d'anatomie microscopique*, t. VII, fasc. II. Ce faisceau prend son origine dans le noyau de Deiters et descend dans le cordon antéro-latéral de la moelle. Il fut découvert par Held, a des rapports intimes avec le nerf vestibulaire, d'où le nom de vestibulo-spinal que lui a donné Edinger.

Le D<sup>r</sup> d'Hollander l'a étudié dans le bulbe de quelques espèces animales : chauve-souris, écureuils, kangourou, dans les mouvements desquels le sens de l'équilibre doit jouer un rôle important ; il constate que ce faisceau acquiert chez eux un développement extraordinaire, alors qu'il est petit et à peine décelable chez les espèces animales dont le genre de vie semble moins réclamer ce régulateur.

Il en conclut qu'il est permis de réserver à ce faisceau une place dans le système complexe de l'équilibre animal.

Les travaux embryologiques portent sur *l'oogenèse et sur la structure et la signification du noyau vitellin chez les oiseaux*.

Ces travaux présentent un intérêt trop spécial pour que nous puissions les exposer longuement.

Nous dirons seulement que l'auteur étudie très minutieusement des ovaires d'embryons de poulet du

dixième au vingt et unième jour d'incubation ; il décrit la transformation des cellules indifférentes superficielles (épithélium germinatif), en cellules folliculeuses et en oogonies ; celles-ci donnant naissance aux oocytes des différents ordres.

Dans un oocyte du dix-huitième jour, on remarque, appliquée sur la membrane du noyau, une masse en forme de croissant dont l'aspect foncé tranche sur la couleur claire du cytoplasme environnant. C'est le *corps vitellin de Balbiani* dont l'auteur étudie la morphologie, l'évolution et la signification physiologique.

Enfin, dans un autre travail, il étudie les *pseudochromosomes dans les oogonies et les oocytes des oiseaux*. Ce sont des éléments de nature toute spéciale du corps vitellin : ils se présentent sous forme de filaments d'une finesse extrême, pelotonnés entre eux, enchevêtrés. Ces éléments se segmentent en deux parties, lors de la division du noyau de Balbiani.

Dans d'autres mémoires, le D<sup>r</sup> d'Hollander a étudié l'*apraxie*, syndrome clinique peu étudié jusqu'ici par les médecins français.

Dans une première communication à la Société de médecine mentale belge (1906), il donne l'observation d'un malade atteint de paralysie générale atypique (variété Lissauer), lequel malade présentait, au cours de sa maladie, une aphasie motrice corticale, sans cécité ni surdité verbale, et, de plus, « une incapacité de mouvoir les membres conformément au but proposé, et cela, bien que la motilité fût intacte ». C'est bien là le syndrome *apraxie motrice* décrit par Liepmann, de Berlin.

Au III<sup>e</sup> Congrès belge de neurologie et de psychiatrie (Anvers, 27 et 28 septembre 1907), le D<sup>r</sup> d'Hollander présenta un rapport très documenté et très complet sur l'*Apraxie*.

Le terme *apraxie*, pris dans le sens étymologique, désigne la perte de la faculté de l'emploi correct des objets, sans préjuger la cause de cette incapacité. Souvent cette incapacité est l'aboutissant de la non-reconnaissance des objets, par surdité ou cécité psychique, par stéréoagnosie, etc. ; ce serait de l'*apraxie sensorielle*, qu'il vaut mieux désigner sous le nom d'*agnosie*, en

réservant le terme d'*apraxie motrice* aux troubles intéressant les actes et les mouvements volontaires.

L'*apraxie motrice* est ainsi définie par Liepmann : Incapacité de mouvoir les membres, conformément au but proposé, la motilité étant conservée et indemne d'ataxie ou d'autres troubles analogues (tremblement, chorée, athétose).

L'*apraxique moteur* comprend les ordres, possède la notion des objets, la notion de l'emploi des objets, celle des signes conventionnels ; sa mémoire, son attention, sa volonté ne sont pas en défaut, ses membres sont indemnes de paralysie ou d'ataxie, de troubles de la sensibilité, et, nonobstant, il emploie d'une façon incorrecte les objets qu'on lui présente, et exécute mal, ou pas du tout, les ordres qu'on lui donne.

Le syndrome « *apraxie motrice* » fut décrit par Liepmann d'après un cas très remarquable d'*apraxie unilatérale*, dans lequel l'examen nécroscopique vint confirmer les hypothèses anatomo-pathologiques émises durant la vie du malade.

L'*apraxie motrice*, en effet, est provoquée par une lésion en foyer du cerveau, amenant la rupture de la voie psychomotrice.

Toutefois, il n'y a pas de centre de l'*eupraxie* ; le gyrus supramarginalis en est le centre apparent, étant le siège de prédilection de la lésion productrice d'*apraxie* ; l'*eupraxie* est lié à la coopération de multiples sphères cérébrales, en relation avec la zone corticale sensitivo-motrice du côté gauche ; toute lésion organique interrompant ces associations, isolant le centre sensitivo-moteur intact, donneront lieu à ce syndrome.

Il faut distinguer l'*apraxie motrice* de l'*apraxie idéatoire* de Pick et des agnosies.

L'*apraxie idéatoire*, anomalie faisant partie constitutive d'un trouble plus général de l'intelligence, peut être le résultat de causes bien différentes :

- 1° L'insuffisance de l'idée directrice ;
- 2° Déraillement de cette idée directrice sur une autre ;
- 3° L'omission d'actes partiels et de la prédominance de l'acte final ;
- 4° La perte de la notion des relations réciproques de deux ou plusieurs objets, etc.

Toutes ces causes sont des troubles dans la préparation idéatoire de l'acte, et non pas dans l'accomplissement de cet acte.

L'apraxie idéatoire est en rapport avec des lésions plus diffuses de la corticalité.

L'apraxie motrice de Liepmann se distingue par les caractères différentiels suivants :

Elle frappe les membres individuellement. C'est un trouble de nature segmentaire.

Elle se révèle dans les actes les plus simples, même lors de l'imitation, où l'intervention du processus idéatoire est réduite au minimum, tandis que l'apraxie idéatoire frappe tous les membres, qu'elle permet les mouvements simples et d'imitation, etc.

Enfin, l'auteur passe en revue les opinions et les études de Heilbronner, qui admet l'apraxie par lésions des zones corticales motrices ; de Meynert, qui a décrit une *asymbolie motrice* qui, d'après Liepmann, serait ce que lui-même a décrit sous le nom de perte des images kinesthésiques segmentaires, et dont le siège serait dans les circonvolutions centrales ; de Kleist qui reprend, en les modifiant légèrement, les théories de Liepmann ; de Margulies, qui étudie la délimitation de l'apraxie et de l'agnosie, etc.

Dans une seconde partie de son mémoire, en étudiant les apraxies du côté gauche et les dyspraxies, le Dr d'Hollander expose les idées de Liepmann sur l'influence prépondérante de l'hémisphère gauche dans l'exécution des actes et des mouvements volontaires, et sur le rôle important joué par le corps calleux.

Liepmann a observé que 42 hémiplégiques gauches exécutaient correctement, de leur main droite, les petites manœuvres commandées, alors que sur 41 hémiplégiques droits, 20 avaient de l'apraxie ou de la dyspraxie de la main gauche.

Il en conclut que la main gauche tire son adresse et son habileté de l'hémisphère gauche. Dans la majorité des cas, l'apraxie gauche coïncidant avec l'hémiplégie droite est provoquée par une lésion du centre ovale gauche, affectant simultanément les fibres de projection destinées aux membres droits, et les fibres commissurales allant, par le corps calleux, au centre sensitivo-

moteur de l'autre hémisphère. Dans une certaine mesure, le centre moteur droit se trouve ainsi sous la dépendance du centre moteur gauche.

A l'appui de cette thèse, il signale les travaux de Perroud, de Paret, de Dupré, de Hartmann, etc.; il discute les travaux récents de Monakow d'Heilbronner, de Lewandowski, etc.

Enfin, dans une dernière partie de son mémoire, l'auteur apporte deux observations personnelles de malades ayant présenté de l'apraxie motrice.

Dans les conclusions de son rapport, le D<sup>r</sup> d'Hollander insiste sur l'importance, au point de vue psychiatrique, de la connaissance de l'apraxie : « Les apraxies, en effet, sont, comme les agnosies, des troubles d'ordre supérieur; elles forment la transition entre les maladies cérébrales et les maladies mentales; par leur nature même, elles se rapprochent beaucoup de ces dernières. »

Par ces quelques lignes, je n'ai pu vous donner qu'une idée très incomplète et très imparfaite du travail du D<sup>r</sup> d'Hollander et en particulier de son mémoire sur l'*Apraxie*; vous avez pu voir cependant quelle était son importance. Aussi, votre Commission vous propose-t-elle de lui accorder, avec empressement, le titre, qu'il sollicite, de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. d'Hollander est élu membre associé étranger.

(A suivre).

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ITALIENS

### Il manicomio.

ANNÉE 1904.

I. — *Les maladies mentales familiales* ; par le D<sup>r</sup> G. Espósito (*suite et fin*, n° 1). — La question des maladies familiales rentre dans le cadre de l'hérédité pathologique, et l'on sait l'importance considérable acquise par l'hérédité en matière de maladies nerveuses et mentales ; on est arrivé dans ces dernières années à décrire diverses variétés de maladies nerveuses capables de se transmettre directement, et si l'on soupçonne l'existence de maladies mentales présentant elles aussi les mêmes caractères, on n'est cependant pas arrivé encore à les dépister. On a dû jusqu'ici se contenter de noter l'hérédité familiale de la tendance au suicide, et quelquefois l'éclosion, à la même époque, d'accès d'une même maladie mentale chez des jumeaux vivant séparés.

Cela vient de ce que de telles études sont difficiles et délicates à faire, et de tous les essais parus jusqu'ici force est de conclure que le caractère familial des maladies mentales est plus difficile à mettre en évidence que celui des maladies nerveuses, car on ne peut guère s'attendre à retrouver dans des symptômes psychiques cette ressemblance qui se manifeste dans les symptômes physiques de certaines maladies nerveuses familiales. Si jusqu'ici on a pu citer d'assez nombreux cas familiaux de maladies mentales, on n'a cependant pas pu citer de cas de maladies mentales familiales. Et en raison de la difficulté qu'il y a à définir ce dernier terme, il n'est peut être pas inutile pour se guider de jeter un coup d'œil rapide sur les maladies nerveuses dont le caractère familial a été solidement établi.

L'étude de ces maladies (myopathies, maladie de Friedreich,

maladie de Thomsen, chorée de Huntington), montre chez elles : l'hérédité directe et similaire, l'apparition de la même maladie à la même époque, chez plusieurs parents d'une même génération, la très grande précocité de cette apparition, le caractère invariable de la forme clinique, et l'absence de causes déterminantes appréciables.

Comment interpréter ces caractères dans l'application que l'on cherche à en faire aux psychoses familiales ? Il faut noter tout d'abord que la question d'hérédité est tout à fait secondaire et que le caractère le plus important pour la maladie familiale est de se présenter au même moment chez partie ou totalité des sujets appartenant à la même génération ; or, c'est là un point déjà difficile à déterminer lorsque les divers membres d'une même famille sont disséminés. A ce point de vue et cependant encore sous toutes réserves, l'observation dans les asiles provinciaux est précieuse, car ces asiles sont l'aboutissant forcé de tous les aliénés des familles qui demeurent attachées à la région d'où elles sont originaires. Mais il est quand même beaucoup de sujets qui échappent à l'observation, et le chercheur est presque toujours contraint de se limiter à la recherche des cas dans lesquels les membres d'une même famille se trouvent réunis ou se succèdent à l'asile. Il est ensuite nécessaire de noter l'importance de l'âge où se manifeste la maladie et qui doit être à peu près le même ; mais pour ce qui est de la précocité d'apparition, c'est là un signe qui doit être différemment interprété pour ce qui a trait aux maladies mentales : la psychopathologie est, en effet, presque entièrement absorbée au cours du premier âge par la pathologie cérébrale, ce qui fait que, dans les toutes premières années, les troubles psychiques sont très rares, et la pathologie mentale y est surtout représentée par les arrêts de développement, déterminant l'idiotie et l'imbécillité. Ce n'est guère qu'au moment de la puberté que croissent la fréquence et la variété des troubles mentaux avec prédominance des formes : démence précoce, folie maniaco-dépressive, épilepsie, hystérie, folie dégénérative. A part les états de faiblesse psychique qui se manifestent dans le premier âge, la folie est donc généralement une maladie des adultes.

Il faut par conséquent laisser une grande marge au concept de précocité dans l'apparition des maladies mentales familiales. Si l'on ajoute à ce qui précède, que pour se déclarer, ces maladies demandent des occasions qui peuvent se présenter à des époques indéterminées, qu'elles se manifestent au point de vue



clinique par des troubles de fonctions n'apparaissant que progressivement, on verra d'une manière évidente que la précocité ne saurait en aucune façon être considérée comme un critérium absolu. Il ne reste plus guère alors comme signe rigoureusement indispensable que la présence d'une forme clinique identique, chez la plus grande partie des membres d'une même famille.

Ici le thème des neuropathies familiales ne peut plus servir de rien, car en pathologie mentale à l'heure actuelle, il n'y a pas de types scientifiquement établis; les phénomènes cliniques seuls permettent de distinguer des maladies, et il nous manque une psychopathologie générale permettant de donner à chaque symptôme une signification mathématique. Nous ne connaissons qu'une maladie mentale à base anatomo-pathologique certaine, c'est la paralysie générale, et cependant nous ne retrouvons pas dans cette maladie cette uniformité clinique relative que nous recherchons. On voit donc avec quelle circonspection il faut s'avancer dans la recherche des signes cliniques caractéristiques. Rapportant trente observations de folie gemellaire recueillies dans différents auteurs, l'auteur en fait une critique serrée; il montre que les observateurs se sont laissé inconsciemment guider par des idées préconçues, et que certains points particuliers ont été laissés dans l'ombre. Il montre que ces psychopathies qui sont des cas de démence précoce, de folie maniaco-dépressive, de mélancolie, de paralysie générale, d'amentia, ne sont pas à proprement parler des maladies familiales, car ces psychopathies ne se distinguent en aucune façon des formes communes non familiales.

Quant au suicide, il ne saurait être considéré le cas échéant comme une maladie familiale, car il n'est que l'expression partielle d'un état morbide, et non une maladie. Il ne resterait guère à citer comme maladie mentale véritablement familiale que l'idiotie amaurotique, si cette maladie n'était beaucoup plutôt du ressort de la neuropathologie.

Pour élucider, mais d'une façon toute provisoire encore, cette question des psychoses familiales, l'auteur a donc utilisé le matériel qui lui était fourni par les malades de l'asile interprovincial de *Nocera Inferiore* en groupant ces différents malades par familles. Il rapporte ainsi vingt-deux observations comprenant quarante-sept cas d'où il a exclu absolument tout cas de contagion mentale. Les formes observées ont été la démence précoce, la paralysie générale progressive, la mélancolie, la folie

maniaco-dépressive, la paranoïa, l'épilepsie; aucune de ces formes, sauf peut être la mélancolie, ne s'est fait remarquer par la précocité de son apparition; on ne remarque pas non plus d'homochronisme dans la date d'invasion chez les membres d'une même famille, et d'ailleurs dans huit observations de familles seulement, il a été donné d'observer une concordance de forme clinique.

De sa très longue étude l'auteur conclut: que dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, il n'est pas possible de parler de maladies mentales familiales, c'est-à-dire de maladies survenant chez des parents d'une même génération d'une façon précoce, au même âge ou à peu près, avec une forme clinique distincte, invariable; parmi les psychoses considérées jusqu'aujourd'hui comme certainement familiales, la folie gémellaire ne présente pas les conditions nécessaires de ces psychoses; le suicide ne saurait être considéré comme une entité morbide, et l'idiotie n'est véritablement familiale que dans sa forme amaurotique.

Les formes cliniques les plus fréquemment observées sur les membres d'une même famille sont surtout la folie maniaco-dépressive et la démence précoce; plus rarement, on note la paralysie générale, la mélancolie, la paranoïa, la folie dégénérative et l'imbécillité. Il existe des cas familiaux de maladies mentales et non des maladies mentales familiales.

II. — *Sur la psychose cocaïnique*; par le D<sup>r</sup> S. Tomasini (n° 1). — Observation et autobiographie d'un étudiant en droit de vingt-trois ans qui, à l'occasion d'une affection nasale, se mit à user immodérément de la cocaïne dont il prisait de 8 à 10 grammes par jour. Consécutivement on nota une déchéance fort marquée du sens moral, une diminution extrême des sentiments affectifs, des idées non systématisées de persécution, auxquelles firent suite des idées de satisfaction et de grandeur; hallucinations du goût et de la vue, zoophobie. Il faut ajouter à cela que le sujet présentait des signes indéniables de débilité mentale et que son hérédité était lourdement chargée. Après trois mois d'un traitement purement moral, le malade sortit guéri de son accès de psychose cocaïnique.

L'auteur insiste sur ce fait rare que l'intoxication était ici unique, c'est-à-dire due exclusivement à la cocaïne, et que le poison était non pas injecté, comme à l'ordinaire, mais prisé. Il montre que la cocaïne détermine l'explosion d'une psychose en tout semblable à celles déterminées par les autres poisons, psy-

chose qui, lorsqu'elle évolue sur un fond dégénératif, est de nature paranoïque avec prédominance des troubles sensoriels. La cocaïne agit surtout sur la cellule nerveuse et altère la nutrition. Le cocaïnisme guérit vite par *restitutio ad integrum*, et récidive beaucoup plus rarement que le morphinisme.

III. — *La folie du roi Lear*; par le professeur del Greco (n° 1). — Tout comme Saül, Macbeth, Hamlet, Ophélie, don Quichotte, le personnage du roi Lear n'est pas rigoureusement exact. A côté de certains traits remarquables par leur netteté et par leur vérité, il en est d'autres qui s'éloignent profondément de la lourde et malheureuse réalité, qui se perdent dans un je ne sais quoi d'indéfini où le vrai se confond avec l'idéal. Alors que le vieillard est défiant, avare, égoïste, le roi Lear est crédule, généreux et vaniteux. Mais si l'on fait abstraction de l'âge, le cas clinique du roi Lear présente une tenue d'une indéniable vérité : le roi Lear est un émotif que son jugement personnel perverti empêche de se conduire dans le milieu social. Comme tous les émotifs qui versent dans la folie, Lear est en proie à une lutte interne, lutte dont l'un des éléments est symbolisé par le bouffon. Cependant, au cours du drame, d'autres invraisemblances se font jour, tant en ce qui a trait à l'évolution qu'en ce qui a trait à la terminaison de cette folie. Mais, malgré tout, la cohérence du type envisagé se maintient du commencement à la fin, et le spectateur ne s'aperçoit pas que Shakespeare le trompe « divinement » et que son vieillard est loin d'être un sénile, car il déborde d'amour. C'est dans cette supercherie du grand dramaturge que réside la raison suprême de l'art : la science recherche et collectionne les cas particuliers pour en tirer du général ; l'art, bien au contraire, ne recherche les cas particuliers que pour eux-mêmes et les exagère pour en tirer des types.

IV. — *Sur la pathogénie du mutacisme (submersion du langage) dans la démence primitive*; par le Dr Marco Lévi Bianchini (n° 1). — On peut définir le mutacisme, la submersion du langage moteur extrinsèque. Ce phénomène qui rentre dans le cadre du négativisme, est fréquent au cours des diverses psychopathies, et plus fréquent encore au cours de la démence primitive. Sur 125 déments observés à l'asile provincial de Ferrare, l'auteur l'a observé 41 fois dans les formes hébéphrénique et catatonique de la démence ; mais jamais il ne lui a été donné de l'observer chez les déments paranoïdes, sauf toutefois au début de la maladie.

Il est exceptionnel que, comme dans l'imbécillité et l'idiotie, ce mutacisme soit occasionné par la « disparition de la pensée ». Il est le plus habituellement dû à une lésion psychologique : arrêt de la volition, aboulie, c'est-à-dire lésion de la synthèse volontaire. Le malade, dément hébéphrénique ou catatonique, est incapable de fixer le symbole et de mettre en jeu le centre moteur qui préside à la reproduction verbale ou graphique du symbole. Si se substitue à la sienne une autre volonté qui lui suggère une parole, il la répète parce que son mécanisme moteur possède toute son intégrité ; le malade accomplit alors un simple mouvement d'automatisme psychique ou, tout au plus, d'association d'idées.

V. — *Sur l'action sédative et hypnotique du véronal dans les maladies mentales*; par les D<sup>rs</sup> G. Garbini et C. Vitali (n° 2). — Dans le but de contrôler les affirmations des auteurs allemands touchant l'excellence du véronal comme hypnotique, les auteurs ont expérimenté l'action de ce médicament chez 60 malades et pendant cinq mois. Ils n'ont eu qu'à se louer des résultats observés. Le sommeil a été presque toujours obtenu grâce à l'administration de 0 gr. 50 de véronal ; exceptionnellement, les effets se sont fait attendre pendant quatre heures, et rarement la dose a dû être portée à 4 grammes ; le meilleur véhicule est une boisson chaude et tout particulièrement le punch. Le véronal ne s'accumule pas, il produit une très légère diminution de la pression sanguine et un faible abaissement de la température ; il est sans action sur le myocarde, le pouls, la respiration, la sécrétion urinaire et les fonctions digestives. Le sommeil qu'il procure est réparateur. Le véronal est donc un bon hypnotique, un bon calmant, qui mérite d'être employé dans la pratique journalière.

VI. — *L'état mental des simulateurs*; par le D<sup>r</sup> F. del Greco (n° 2). — Le simulateur de la folie est un être paradoxal dont les manières d'être et les attitudes étranges et changeantes ouvrent la porte au doute et à l'hésitation. Dans la plus grande majorité des cas, une étude même très appliquée ne permet pas au simulateur de dominer son regard, expression fidèle de l'âme ; il y a de même un certain nombre d'autres expressions que seule une longue étude permet de simuler. Cette longue étude peut être faite par certains chez qui, l'habitude devenant une seconde nature, il devient nécessaire de recourir à de patientes et difficiles recherches de psychologie pathologique pour arriver à faire le départ entre ce qui est naturel et ce qui

est simulé. La psychologie pathologique permet d'établir le rapport qui peut exister entre les modalités internes et les conditions biologiques définies ; il faut, pour ce faire, examiner chez les individus le consensus psychique dans ses rapports avec les moments physico-biologiques et sociaux.

On remarque alors que la simulation est une des réactions offensives ou défensives de l'instinct de conservation, que cette simulation porte toujours la marque de son origine instinctive et qu'elle est favorisée par le développement de l'intelligence et de la volonté. Mais ce développement présente un caractère d'unilatéralité et d'imperfection qui l'empêche de s'allier à une mentalité complètement harmonisée. Il faut en effet que chez le simulateur typique, chez celui qui non seulement prodigue de trompeuses paroles, des menaces ou des sourires, mais encore révèle tout un complexe de fausses expressions, s'ajoute une condition qui a de profondes racines dans la constitution psychophysique de l'individu, savoir : un certain degré d'instabilité personnelle, de désagrégation psychologique, de division de la conscience. Cette instabilité personnelle est tellement nécessaire que dans les cas où elle s'accroît et où l'instinct de conservation est excité, la simulation se dessine : c'est ce que l'on observe chez les débilés en proie à la préoccupation ou à la peur, chez les criminels, chez les dégénérés ou les anormaux névropathes, lorsqu'ils cherchent à atteindre un but ou lorsqu'ils entrent en lutte avec les autres hommes.

Le simulateur de la folie est une exagération de l'espèce précédente, en ce sens qu'il cherche à tirer avantage de la décadence profonde de sa personnalité, à moitié rongée et envahie par le processus phrénopathique. Il y a donc chez ces derniers simulateurs une part de sincérité qui les empêche de s'adapter constamment aux nécessités extérieures.

Il est par conséquent nécessaire que l'instabilité personnelle demeure subordonnée à une certaine unité psychologique, à l'instinct de conservation, à l'attention. Voilà pourquoi le type le plus parfait du simulateur se rencontre particulièrement chez les anormaux dégénérés. Toutefois, l'instabilité personnelle n'en reste pas moins nécessaire et elle donne naissance, lorsque l'instinct de conservation n'entre pas en jeu, aux formes désintéressées de simulation et à la longue série des pseudo-simulateurs.

Tous les sujets en question, lorsqu'ils parviennent au degré le plus élevé de leur caractéristique psychologique, se placent

ainsi entre l'état de santé et l'état de maladie; car, si d'un côté ils coordonnent leurs mouvements en vue d'un but déterminé, d'un autre côté il existe dans leur intimité un dissentiment profond d'où naissent quelquefois des troubles psychiques.

Mark Baldwin a montré la haute valeur de l'imitation dans la constitution de l'individualité dont le développement est fonction de celui des autres individus. De même que le petit enfant cherche par l'imitation à s'élever au niveau de l'adulte et à s'adapter à lui, les individus de condition sociale inférieure ou les individus moins intelligents observent et imitent tous ceux qui sont investis d'une plus haute autorité ou qui sont plus fortunés.

De la même façon, d'ailleurs, tous ceux dont la vie interne est intense rendent en eux-mêmes un culte à un héros dont ils cherchent à réaliser le type; si bien que, même les actes qui s'inspirent d'un noble but peuvent, lorsque l'énergie formative oscille et chancelle, être interrompus par des expressions impropres qui représentent le déchet des habitudes anciennes.

Chez les psychopathes, cette disposition au réveil des habitudes anciennes et à leur lutte avec les nouvelles est plus accentuée. Ce dissentiment intime donne lieu, dans les cas typiques, à un complexe d'altérations internes de nature intellectuelle, émotive ou volontaire.

Chez le simulateur parfait, cette irritation instinctive domine les expressions les plus élevées du caractère, qui restent superficielles, isolées, et ne se confondent pas avec l'intimité pour former un tout convenable. Aussi le caractère du simulateur est-il inconsistant, dysharmonique et incapable de s'élever jusqu'au niveau des adaptations supérieures qu'il cherche à copier chez les autres, mais qu'il n'exprime que faiblement; et, lorsque son instinct de conservation est excité, il divague et présente des manifestations psychiques qui révèlent la diminution et l'effacement de l'énergie mentale formative.

Si la force d'âme ne permet pas toujours de remporter la victoire dans la lutte pour la vie, elle révèle néanmoins la sincérité profonde, le courage et l'activité harmonique d'un esprit qui s'achemine vers les formes les plus complètes et les meilleures de la personnalité humaine.

VII. — *De la mémoire et de l'imagination sociales*; par le Dr Pasquale Rossi (n° 2), première partie. Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

VIII. — *Un cas de folie sensorielle en corrélation avec une*

*accusation de faux et de péculat*; étude médico-légale, par les professeurs D. Ventra et G. Angiolella (n° 2). — Il s'agit d'un receveur des postes à hérédité assez lourdement chargée, faible d'esprit, à tempérament apathique et torpide, qui, pendant quelques années, fut un objet d'étonnement dans son pays pour le culte exagéré qu'il se mit à rendre tout d'un coup au bienheureux Gérard da Maiella, auquel il dédia une vieille chapelle qu'il fit restaurer. A la suite d'une dénonciation, une vérification minutieuse de sa caisse révéla des malversations qui duraient depuis quatre ans. Il raconta alors qu'à la suite d'un vol de 2.000 livres, commis à son préjudice, il dut emprunter une assez grosse somme qu'il ne savait comment rembourser, lorsque, une nuit, lui apparut le bienheureux Gérard, lequel tenait entre ses mains les deux chiffres qui devaient sortir le samedi suivant à la loterie royale. Le malade joua sur ces deux numéros et gagna effectivement les 5.000 livres qu'il devait. Cette coïncidence fut le point de départ d'un état d'exaltation qui changea absolument son caractère. Il entreprit la restauration de la vieille chapelle, pour laquelle il dépensa des sommes exagérées, et, à la suite de nouvelles apparitions du bienheureux, il continua de jouer à la loterie, perdit et finit par engager au jeu les sommes dont il était le dépositaire. Incarcéré, le malade fut soumis à l'examen des auteurs, qui notèrent chez lui des signes de dégénérescence physique et mentale. Tout en protestant de son parfait état de santé mentale, le malade continuait, dans sa prison, ses dévotions au bienheureux da Maiella, duquel il espérait tout, et s'efforçait de faire partager ses convictions à ses codétenus. D'ailleurs, gratifié encore de trois nouvelles apparitions, il présentait quelques idées vagues de persécution et affichait des prétentions poétiques et musicales.

Dans une discussion très serrée de ce cas, les auteurs montrent que le sujet n'est pas un simulateur, parce que l'état mental est antérieur à la découverte des actes délictueux et que les malversations ont eu pour but unique la propagation du culte de Gérard da Maiella. Il ne s'agit pas non plus d'un de ces fanatiques de la loterie, si nombreux dans le midi de l'Italie. Il s'agit bien d'un malade qui rentre dans le cadre de ceux qui tendent à se polariser autour d'un état idéo-affectif, qui est pour le moins à demi morbide. Il faut d'ailleurs remarquer que le caractère du malade a changé tout d'un coup, et qu'un tel subit changement ne peut avoir pour cause qu'un état morbide. La

première hallucination qui a déterminé le sens de ce changement dans la personnalité du malade ne saurait être regardée comme un phénomène isolé, mais comme le commencement de tout un drame psychopathique préparé par des préoccupations matérielles et morales chez un prédisposé. Le cadre morbide est occupé par cette idée délirante de tout rapporter au bienheureux Gérard; mais cette idée délirante est unique, obsédante; il n'y a donc chez le malade aucune trace de systématisation, aucun des caractères du paranoïque.

Le malade est sans conteste un faible d'esprit, qui, par routine, a rempli une fonction publique, dans laquelle il s'est pour ainsi dire stéréotypé. Un jour, placé dans des conditions psychasthéniques et gravement émotives, il a été la victime d'un trouble hallucinatoire qui, grâce à sa crédulité, l'a conduit à commettre un délit sans aucune précaution élémentaire. Cette crédulité, jointe à la persistance des troubles émotifs et des hallucinations, a assuré la persistance de l'idée délirante, qui a presque revêtu la forme d'un délire de possession.

Ce cas est un exemple classique et typique de cette forme clinique, qui a été décrite sous le nom de folie sensorielle. La caractéristique de cette forme est de débiter par une hallucination, qui reste la cause productrice des autres phénomènes morbides ultérieurs qui, dans les formes aiguës, peuvent conduire à la confusion mentale et, dans les formes chroniques, peuvent se résumer en une idée délirante, analogue à celles qui se rencontrent chez les vrais paranoïques.

Le cas présent montre cette particularité que le malade, au lieu d'avoir été conduit au crime comme il arrive le plus fréquemment en anthropologie criminelle, a été conduit à un délit contre la propriété. L'idée délirante a été nettement la seule cause déterminante de ce délit. Aussi, les auteurs se regardent-ils comme en droit de conclure à l'irresponsabilité pénale et à l'incapacité civile du malade.

IX. — *Sur quelques lésions trophiques (ulcérations intestinales) dans la paralysie progressive et sur leur importance médico-légale*; par le Dr S. Tomasini (n° 2). — Un paralytique général, à la période dementielle, reçoit, au cours d'une dispute à l'asile, un coup de pied au niveau ou dans le voisinage de la région inguinale gauche, où déjà existait une hernie. Peu après, le malade est pris de vomissements, de frissons, de pâleur, de fièvre, et, le lendemain, réclamé par sa famille, il quitte l'asile dans un état à peu près normal. Trois jours après



l'accident, le malade meurt après avoir présenté des vomissements fécaloïdes, et le médecin traitant porte le diagnostic de hernie gauche étranglée.

L'autopsie fut pratiquée dans le but de rechercher, suivant mandat du juge d'instruction, s'il y avait eu traumatisme, si la mort avait été la conséquence de ce traumatisme, quelle était la cause de la mort. Le diagnostic anatomique des experts fut : lepto-méningite chronique avec ramollissement de la substance cérébrale ; péritonite chronique avec poussée aiguë, consécutive à une perforation intestinale ayant provoqué la formation de pus. Au point de vue médico-légal, en l'absence de toute trace de traumatisme sur la paroi abdominale et au niveau des viscères sous-jacents, la conclusion fut que la mort avait été déterminée par la perforation de l'iléon, ayant donné lieu à une péritonite purulente.

A la demande du ministère public, cette expertise fut soumise à revision, et un nouvel expert déclara que le traumatisme avait été la cause directe de la perforation intestinale et de la péritonite septique consécutive ; ce diagnostic était principalement établi par exclusion. L'auteur de cet article le réfute et fait, au surplus, remarquer que le coup de pied fut donné à gauche, alors que la perforation fut trouvée à droite.

L'auteur profite de cette circonstance pour appeler l'attention sur les lésions intestinales, si rarement observées chez les aliénés et particulièrement chez les paralytiques généraux, en raison de ce fait que l'autopsie de l'intestin n'est que très rarement faite. Il n'est pas douteux pour lui que l'ulcération trouvée chez le malade en cause soit une lésion trophique due aux altérations du système nerveux causées par la paralysie générale. L'ulcération était ronde, à bords nets, sans infiltration et sans réaction inflammatoire voisine. La loi qui domine l'anatomie pathologique de la paralysie générale est la diffusion des lésions à tout le système nerveux, y compris le système sympathique, et les troubles trophiques ont été fréquemment signalés au cours de cette affection, concurremment avec les altérations de la chaîne ganglionnaire du sympathique. Si on tient compte de la fréquence des troubles gastro-intestinaux et de l'anesthésie de la muqueuse signalée par Verga chez les déments paralytiques, la possibilité d'une sorte de mal perforant ne paraîtra pas improbable. D'ailleurs Howden a rencontré des ulcérations de l'intestin chez 35,5 p. 100 de paralytiques généraux.

C'est donc parce qu'il n'a tenu aucun compte de la maladie

mentale du malade et qu'il semble n'avoir pas eu la notion des troubles trophiques au cours de la paralysie générale que le dernier expert a été amené par exclusion à incriminer le traumatisme.

X. — *L'infanticide, contribution anatomique et clinique*; par le Dr Guglielmo Mondio (n° 3), première partie. Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XI. — *Les psychoses dans leurs rapports avec les phases physiologiques de l'organisme (puberté, ménopause, sénilité); rapport au XII<sup>e</sup> Congrès psychiatrique de Gênes*; par le Dr Gaetano Angiolella (n° 3). — Le cycle vital de l'organisme humain ne présente aucune différence avec celui des organismes les plus minimes, qui naissent, s'accroissent, se reproduisent, déclinent et meurent. A ces divers stades correspondent des modifications du caractère occasionnées par les changements physiques qui se produisent à ces différentes époques chez l'individu. Les raisons intimes de ces changements sont variées et semblent reconnaître pour cause principale les modifications qui se produisent dans le fonctionnement des organes sexuels au niveau desquels la physiologie moderne a révélé l'existence de sécrétions internes. Malgré l'échec partiel de la méthode de Brown-Séquard, il ne reste pas moins avéré que cette sécrétion interne des glandes sexuelles a une importance notable pour le maintien de l'équilibre nutritif normal de tout l'organisme et plus particulièrement des centres nerveux. Il paraît donc rationnel d'admettre que l'entrée en fonction et la cessation de l'activité des organes sexuels ne puissent en aucune façon être indifférentes au fonctionnement du système nerveux.

Voilà pourquoi chez certains individus et pour des raisons variées les crises qui traduisent le passage aux différents stades du cycle vital peuvent devenir un élément important capable de troubler la marche jusqu'alors relativement normale des fonctions cérébrales, et permettre le développement de véritables formes psychopathiques qui empruntent leurs principaux caractères non seulement à la constitution propre de l'individu, mais encore au milieu dans lequel il se trouve, aux conditions particulières qui l'entourent. Ceux chez qui existe un fond dégénératif présentent des formes mentales d'où ce fond émerge et donne naissance à des états paranoïques ou paranoïdes, hystériques, épileptiques plus ou moins graves au cours desquels se fait jour l'imbécillité totale ou partielle, intellectuelle ou morale; ceux chez qui au contraire existe une

simple infirmité de l'élément nerveux présentant des formes psychonévrotiques simples : états d'excitation ou de dépression, folies alternes, formes confusionnelles ou sensorielles. En principe, et à quelque époque organique qu'elles apparaissent, ces formes ne présentent aucune différence avec les formes psychopathiques ordinaires et communes; mais de l'époque à laquelle elles apparaissent, elles tirent seulement leur coloration spéciale, leur marque particulière, qui n'est rien autre chose que le caractère propre de l'âge, pathologiquement exagéré. Cependant, il faut noter que dans la jeunesse apparaît fréquemment, soit tout à fait au début de la psychopathie, soit après un temps très bref d'évolution, un élément dementiel, expression, quelquefois, et d'un côté, de la faiblesse congénitale des pouvoirs psychiques, d'un autre côté de la facile et rapide décadence de ces énergies et des éléments cellulaires du cerveau accompagnant le travail morbide qui s'accomplit dans ces éléments.

Cependant, ces caractères secondaires sont insuffisants pour faire des psychoses de chaque âge des formes nosographiques séparées et distinctes et pour servir de fondation et de base à la création de processus morbides véritablement particuliers auxquels manque toute base morphologique et physiopathologique. En l'état actuel de nos connaissances, ces psychoses ne peuvent être qu'indiquées et classées suivant la forme symptomatique qu'elles revêtent; il suffit ensuite de les distinguer en les rapportant à l'âge et à la phase organique avec lesquels elles sont génétiquement en relation.

XII. — *A propos de la genèse du caractère criminel*; par le professeur del Greco (n° 3). — La criminologie a pour but non seulement de rechercher les variétés de criminels, mais encore de contribuer à la réalisation d'un type qui résume toutes ces variétés. Mais il est impossible de parvenir à ce dernier résultat, sans se préoccuper des conditions physiobiologiques et sociales des diverses séries humaines et sans étudier les rapports qui existent entre les états subjectifs et les phénomènes externes. L'élément sur lequel repose toute la science de l'esprit est donc l'activité individuelle, et la psychologie génétique se propose de connaître l'individu dans ses rapports avec les différentes conditions de vie sociale. Aussi, la psychologie criminelle, qui n'est qu'un des chapitres de la psychologie génétique, ne doit pas se cantonner dans des questions de constitution et de tempérament, mais doit aussi se préoccuper de la formation

psychosociale des individus qu'elle soumet à son étude. Dans la constitution du caractère s'ajoutent, en effet, aux éléments psycho-physiques héréditaires des influences dues à la vie dans un groupe social, influences qui varient suivant les temps et suivant les peuples.

Le point de vue sociologique est donc indispensable, d'autant qu'un acte donné est criminel moins par lui-même que par la valeur qu'il revêt vis-à-vis de la collectivité, et le délit est un phénomène essentiellement social. Si la religion, la philosophie, la morale tendent à répandre parmi tous le sentiment primitivement restreint de la solidarité, c'est cependant avec une facilité remarquable que l'homme, même civilisé depuis son enfance, devient féroce et meurtrier lorsqu'il s'éloigne des grands centres de civilisation vers quelque colonie lointaine. Il y a là comme une sorte de fatalité qui se retrouve même dans quelques classes de nos vieilles sociétés européennes, malgré que les divers gouvernements aient rendu possible une atténuation de la lutte pour l'existence. Il faut voir là comme une sorte de survivance de la barbarie primitive, dont la disparition se traduit par la substitution de la délinquance individuelle à la délinquance de classe.

La délinquance individuelle est donc une atténuation. Jadis, tous ceux qui n'appartenaient ni à la famille, ni au clan, soit à titre de parent, soit à titre d'allié ou d'ami, étaient des étrangers, et il n'y avait aucun intermédiaire entre la dévotion absolue et l'inimitié. Aujourd'hui, la pénétration des classes a produit une atténuation de la criminalité; mais, pour les mêmes raisons, elle en a augmenté l'extension, car l'antagonisme qui existe entre les individus isolés croît d'une façon démesurée, il donne naissance à la criminalité individuelle que l'on peut considérer presque absolument comme la vraie criminalité.

Autrefois, en effet, et tant qu'il n'opérait que contre les étrangers, le criminel restait presque toujours dans les limites d'une individualité normale, dans tous les cas son acte criminel n'était pas une anomalie. Seul le dégénéré ou le fou accomplissait des actes préjudiciables à sa famille ou à son clan. Le criminel d'aujourd'hui est bien différent, il va de l'état normal à l'anomalie la plus caractérisée, en passant par des degrés infinis.

Pour étudier maintenant le caractère du criminel, il faut ou du moins il faudrait, après avoir recherché le côté naturel de ce caractère, c'est-à-dire son tempérament et sa constitution, il

faudrait préciser les aptitudes et les évolutions psychologiques dues à l'action sociale; mais dans la situation actuelle force est de s'en tenir aux généralités, d'autant que l'individu social et l'individu organique sont des abstractions. La méthode pathologique pourrait seule faire voir quels sont les facteurs organiques individuels qui contribuent à la naissance et au développement du caractère délinquant. C'est ainsi que l'auteur a trouvé chez les aliénés criminels une prédominance d'émotions dues à la colère et à diverses autres hypertrophies de l'instinct avec concomitance d'impulsivité. Mais cette méthode ne permettrait encore de former avec les aliénés criminels qu'une série peu homogène et à caractères trop incertains, parce que beaucoup parmi ces caractères sont communs aux autres aliénés. Il resterait à saisir pourquoi ces caractères communs peuvent donner lieu à une orientation spéciale. Cette orientation semble souvent reconnaître pour cause des particularités tenant à la race, au sexe, à l'âge ou au tempérament. Presque tous les aliénés criminels observés par l'auteur étaient de basse condition sociale, meurtriers et auteurs de viols, quelquefois voleurs. A des caractéristiques psychiques d'origine constitutionnelle s'en ajoutaient d'autres d'origine sociale, comme l'esprit de rébellion, la dissimulation, la simulation, et ceci spécialement chez ceux qui avaient passé de longues années dans les prisons et dans les bagnes.

En attendant, l'analyse génétique des phénomènes clinico-psychologiques chez les aliénés criminels conduit à une conclusion générale d'importance extrême : accès psychopathiques, dégénérescence, modalités de race, de sexe, d'âge, n'ont pas une valeur caractéristique dans la production de l'acte criminel, mais sont des conditions et des facteurs de l'acte dont la première racine est au delà de la maladie et de la dégénérescence, dans la nature originelle de l'individu. En substance, l'acte criminel révèle une agressivité instinctive anti-humaine non corrigée par des motifs antagonistes.

A l'appui de ces remarques, l'auteur cite l'observation d'un jeune assassin de douze ans, fils d'un père alcoolique et criminel, présentant des signes indéniables de dégénérescence congénitale et des impulsions sexuelles et agressives. Tout cet ensemble était insuffisant pour conduire cet enfant au crime; il a fallu que s'y ajoutent : l'exemple de la prison, la mauvaise conduite du père, les mauvaises fréquentations, tous facteurs extérieurs à l'individu lui-même et qui se traduisent

par la simulation et la dissimulation par nécessité de défense personnelle. Malgré l'anomalie originaire du terrain, l'action sociale se fait donc nettement sentir dans ce cas. Il n'a manqué dès l'origine à cet enfant, bien que taré, que l'influence de cette matrice morale qu'est la famille; c'est surtout le besoin et le mauvais exemple qui l'ont conduit au crime.

C'est un véritable besoin pour l'homme que de faire partie d'un groupement, et le caractère de chacun est en quelque sorte la résultante du caractère de toute la collectivité; les associations de criminels permettent à celui qui en fait partie de développer ses qualités psychologiques nocives. Mais ces associations sont instables, parce que non évolutives et parce que la stabilité demande des qualités qui font défaut à ceux qui font partie de ces associations.

La délinquance individuelle, qui est la vraie, ne peut s'expliquer que par l'éloignement de l'individu d'un groupe social stable; ainsi, par une sorte de dissolution, de désagrégation, les délinquants quittent leur milieu et cet exode est favorisé non seulement par la dégénérescence, les états morbides, mais encore par l'émigration, les bouleversements économiques qui exaspèrent les besoins, les passions, les tendances morbides et dégénératives. La haute culture, les aspirations élevées, en développant l'individualisme, c'est-à-dire en isolant l'individu, peuvent avoir les mêmes effets; et dans tous les cas, elles font que le dit individu côtoie toujours l'abîme.

On voit donc combien sont nombreuses à l'heure présente les causes qui tendent à élever le taux de la criminalité. Aujourd'hui, par conséquent, où la délinquance de classe a presque entièrement disparu, nous devons réserver nos efforts pour lutter contre la délinquance individuelle qui grandit sans cesse.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique* ; par le D<sup>r</sup> R. Jude, médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe aux hôpitaux de Tunisie. In-12, 118 p. Vannes, B. Le Beau, édit., 1907.

Il a été souvent parlé des « Joyeux » en littérature, et on les a même mis à la scène il n'y a pas très longtemps. Mais ils n'avaient jamais, croyons-nous, fait l'objet d'une étude médico-psychologique. Le sujet en vaut pourtant la peine, ne serait-ce que pour rectifier les idées du public, sans parler de l'intérêt scientifique de premier ordre que présente toute question qui se rattache aux anormaux. C'est ce qu'a pensé à juste titre M. le D<sup>r</sup> Jude, et on ne peut que le féliciter de la façon dont il a accompli sa tâche. Bien préparé par ses études à l'École de santé de Lyon, ayant suivi les cours du professeur Pierret et fréquenté, je suis heureux de rappeler ce souvenir, le laboratoire de médecine mentale, envoyé ensuite en Tunisie comme médecin militaire, il a su mettre à profit tous ces éléments pour nous donner une œuvre attachante et forte, dépourvue de toute exagération littéraire, mais toute imprégnée de l'esprit critique du médecin et aussi de sa bonté de cœur.

Dans son petit livre, qui vaut un gros volume, M. Jude étudie successivement le recrutement des bataillons d'Afrique, la conduite des « Joyeux » au bataillon vis-à-vis de leurs chefs, du médecin et entre eux. Il nous montre comment ils sont commandés et, à ce propos, il rend justice légitime, non seulement à leurs officiers, qui « tous sont admirables de conscience et de dévouement, et dont quelques-uns sont de véritables apôtres, cherchant, avec une ardeur que rien ne décourage, à convertir au bien les misérables qui s'enlisent », mais encore aux sous-officiers qui ont une tâche extrêmement difficile et qui constituent, quoi qu'on ait dit, un groupe de braves gens, dignes et calmes, doués d'un sang-froid admirable souvent. Il nous décrit les bandes organisées, séparant les hommes en deux clans rivaux, et entre eux les moutons, les misérables « charognards », victimes des uns et des autres. Leur origine, leur

conduite au corps, leurs mœurs spéciales au point de vue génital, tout cela est décrit sobrement et d'une façon saisissante.

Un certain nombre d'observations médicales mettent sous les yeux du lecteur des types de dégénérés de toute nature, depuis les déséquilibrés simples jusqu'aux imbéciles avancés, dont l'auteur a eu la satisfaction d'obtenir la réforme.

Très simplement et très courageusement, M. Jude se demande pourquoi, malgré tous les efforts, on n'améliore pas ces êtres, et il conclut que ce n'est ni la faute du commandement, ni celle des moyens de moralisation, mais que la médiocrité du résultat tient pour partie aux moyens de répression, et surtout à ce qu'on s'adresse non pas à des dégénérés isolés, déjà bien difficiles à améliorer individuellement, mais à une « foule » presque irréductible.

Et, en médecin consciencieux et logique, il propose quelques améliorations et un projet d'organisation nouvelle dont les points principaux sont la transformation de certains modes de répression, tels que la cellule actuelle qui n'isole pas le puni, et la répartition en groupes distincts des rares normaux et des dégénérés les moins tarés qu'on peut essayer de ramener à la vie militaire régulière, et des dégénérés plus tarés dont il conviendrait de faire de simples travailleurs non armés.

Il y aurait encore lieu d'examiner tous ces sujets au point de vue psychiatrique, et de le faire non seulement au corps spécial, mais dans les régiments ordinaires, et surtout quand il s'agit de justiciables de conseils de guerre. La question a été déjà traitée au Congrès de Marseille, et M. Jude rappelle les communications de MM. Régis et Granjux, lors de la discussion sur les aliénés méconnus et condamnés. Enfin, c'est surtout en Afrique qu'il devrait y avoir un expert militaire aliéniste dont le rôle serait d'empêcher de condamner de véritables malades incurables et de les envoyer dans un milieu où leur état ne peut que s'aggraver et retentir sur celui des autres.

Il serait intéressant de suivre les Joyeux après leur sortie du bataillon; on trouverait, nous sommes en mesure de l'affirmer, dans la vie ultérieure de ces hommes, la justification des opinions de l'auteur.

TH. TATY.

---



*Conception de l'hystérie. Etude historique et clinique*; par le Dr Gaston Amselle, ancien interne des hôpitaux, ancien préparateur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, 1 vol. in-8° de 300 pages, O. Doin, éditeur, Paris, 1907.

Nous rendions compte naguère, dans ce recueil, d'un travail de M. Blum, inspiré par le professeur Bernheim, de Nancy, sur l'anesthésie hystérique, travail dans lequel cet auteur cherche à établir que ce phénomène est une pure illusion de l'esprit du sujet, produit de son auto-suggestibilité et sans importance séméiologique. Suivant à son tour le maître dans son évolution doctrinale, M. Amselle cherche à établir que l'hystérie se réduit en définitive purement et simplement à la crise convulsive qui, elle-même, n'est que l'exagération des phénomènes que tous éprouvent sous l'influence de certaines émotions dues à la douleur, à la frayeur, à la colère, etc. « Donc, dit-il, la crise d'hystérie n'est qu'une sorte de réaction émotive qui peut être produite et aussi guérie par suggestion, c'est-à-dire, dans le dernier cas, par une certaine éducation psychique. C'est à tort qu'on a rattaché à cette crise d'hystérie toute la séméiologie inextricable de toutes les maladies qui peuvent l'accompagner. La cause de cette erreur est que l'attaque, réaction psycho-dynamique d'origine émotive, peut se greffer sur beaucoup de maladies qui donnent lieu à cette émotivité spéciale qui engendre l'hystérie; parmi elles nous citerons la neurasthénie, la névrose d'angoisse, la mélancolie, etc. »

Ainsi, d'après l'auteur, ce qu'on appelle *hystérie* n'est, en général, qu'une association morbide de deux facteurs, la crise convulsive qui seule mérite le nom d'hystérie, et une psychonévrose quelconque sans caractères particuliers.

L'étude de M. Amselle est précédée d'une préface de M. Bernheim qui confirme son importance doctrinale. Après ces considérations générales, elle passe en revue, dans une série de trois chapitres, l'historique de l'hystérie, les causes de la crise, produit de l'émotivité hystérique; de nombreuses observations cliniques présentant successivement les diverses modalités de l'affection. Le chapitre IV est consacré à l'étude des stigmates et des symptômes de l'hystérie, qui n'existent qu'en tant que produits artificiels de la suggestion. Le chapitre V, consacré au traitement, n'envisage naturellement que le traitement des crises qui repose sur la suggestion et que

l'auteur résume ainsi : « Le traitement est donc un traitement moral, qui apprend aux malades à faire l'inhibition de leurs crises ; il calme leur émotivité, les rassure, leur persuade qu'ils sont maîtres d'eux-mêmes, qu'il n'y a rien dans leur état d'anormal, qu'ils pourront subir une émotion sans réaction, ni secousse, ni défaillance, ni convulsions ; mais ce n'est pas seulement une persuasion verbale, qui ne suffit pas chez tous, il faut apprendre aux malades à subir l'émotivité sans la réaction psycho-dynamique excessive, il faut faire de la dynamogénie active. » L'ouvrage se termine par cette conclusion, que l'hystérie n'est pas une *entité morbide* (ah ! le vilain mot !); que ce nom doit être réservé aux seules crises, c'est-à-dire à certaines réactions psycho-dynamiques exagérées, consécutives à des émotions déterminées et que ces crises sont toujours justiciables de la psychothérapie.

Une seule réflexion, pour terminer. Puisque la crise n'est que l'exagération d'une réaction émotive commune à tout le monde, pourquoi ne pas aller jusqu'au bout de la doctrine en déniant à cette crise elle-même toute valeur pathologique ? Cela simplifierait bien les choses ; il n'y aurait plus d'hystérie du tout. La théorie triompherait sans que la clinique y perdît rien, car il resterait... les hystériques.

A. CULLERRE.

---

*Thérapeutique des maladies du système nerveux* ; par le D<sup>r</sup> J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de 585 p. Paris, O. Doin, éditeur, 1907.

L'auteur s'est proposé, dans ce livre, d'étudier dans leur ensemble les grandes médications du système nerveux ainsi que leurs indications et leurs contre-indications, en s'efforçant de les rattacher intimement à la clinique, qui en demeure le point de départ et le fondement.

L'analyse clinique dans les maladies du système nerveux est l'objet du premier chapitre. Les grands éléments qui sont les sources d'indication peuvent être rangés sous trois chefs : 1° Physiologiques (troubles des grandes fonctions) ; 2° Anatomiques (lésions organiques) ; 3° Etiologiques et nosologiques (predisposition, infections, intoxications, arthritisme, tuberculose, traumatismes).

Le chapitre second est consacré à la prophylaxie des maladies du système nerveux. L'auteur y étudie les différentes formes de l'hérédité, l'action du milieu, de la contagion nerveuse, les dispositions natives du sujet lui-même. Après l'exposé de ces généralités, il envisage la prophylaxie dans ses rapports avec les différentes circonstances de la vie individuelle, mariage, éducation scolaire, éducation sociale, hygiène générale du prédisposé.

Le chapitre troisième traite de la psychothérapie et des médications psychiques. On y retrouve les idées favorites de l'auteur sur le double psychisme et les développements étendus sur ce qu'il appelle la psychothérapie *inférieure* et la psychothérapie *totale* ou *supérieure*. La première est constituée par la suggestion hypnotique; la seconde comprend toutes les actions exercées sur l'ensemble des psychismes par la persuasion, l'enseignement, les conseils, la pédagogie.

Les autres chapitres de l'ouvrage sont consacrés aux médications physiques, pharmaceutiques, anticausales (étiologiques et nosologiques) et à la thérapeutique sociale, cette dernière visant spécialement les aliénés. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails de cette vaste revue thérapeutique, dont l'intérêt consiste surtout en ce qu'elle forme un inventaire fort utile pour le praticien de tout ce qui a été écrit sur le traitement des maladies du système nerveux.

A. CULLERRE.

---

*Department of neurology Harvard medical School, contributions from the Massachusetts general hospital, the Boston city hospital, the Long Island hospital, and the neurological laboratory* (Section de neurologie de l'École de médecine de Harvard; travaux de l'hôpital général du Massachusetts; de l'hôpital civil de Boston, de l'hôpital de Long Island et du laboratoire de neurologie), tome II<sup>e</sup>, 1 vol. in-8°, Boston. 1907.

Ce volume réunit les diverses publications originales de la section de neurologie de l'École de médecine de Harvard pour l'année 1906. On y trouve les différents mémoires dont voici la liste, et dont l'analyse ne saurait prendre place dans cette simple notice bibliographique:

J. J. Putnam. — « Récentes expériences concernant l'étude

et le traitement de l'hystérie à l'hôpital général du Massachusetts, avec remarques sur la méthode de traitement de Freud par l'analyse psychologique. » Ce mémoire a paru d'abord dans *Journal of abnormal Psychology*, 1906.

P. C. Knapp. — « Symptômes mentaux dans un cas de tumeur cérébrale. » *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

J. J. Putnam et G. A. Waterman. — « Contribution à l'étude des tumeurs cérébelleuses et à leur traitement. » *Journal of nervous and mental diseases*, 1906.

E. W. Taylor. — « Sclérose multiple : contribution à l'étude de son évolution et de son anatomie pathologique. » *Journal of nervous and mental diseases*, 1906.

G. L. Walton et G. W. N. Brewster. — « Fracture du crâne intéressant probablement la base. Guérison après opération. Analyse de l'aphasie. » *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

G. L. Watson. — « Ecrasement de la moelle par fracture spinale. » *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

G. A. Waterman. — « Traitement sérothérapique du goitre exophtalmique. » *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

H. Linenthal et E. W. Taylor. — « La méthode analytique en psychothérapie », avec figures. *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

E. W. Taylor et E. A. Lindstrom. — « Expériences sur le traitement du tabes par les exercices de coordination. » *Boston medical and surgical Journal*, 1906.

A. CULLERRE.

*Neurographs; a series of neurological studies, cases and notes* (Neurographie; série d'études neurologiques, d'observations et de notes). William Browning, éditeur, n° 1. Broch. in-8°; Brooklyn-New-York; mars 1907.

Cette publication, dont c'est le premier numéro, contient les articles suivants :

1. J. E. Sheppard : Un cas d'abcès cérébral; localisation; opération; guérison.
2. Frederic C. Eastman : Le tétanos céphalique en Amérique.
3. Frederick Tilney : Un cas de myopathie pseudo-paralytique grave avec adénome du corps pituitaire.

4. Edwin G. Zabriskie : Quelques remarques sur le noyau facial.
5. F. Tilney et R. O. Brockway : Etudes cliniques des effets exercés sur la pression sanguine par quelques agents cardiovasculaires. Premier mémoire : Observations sur l'emploi hypodermique de l'aconitine, du chlorhydrate de gelsémine et de l'eau distillée, avec tracés.
6. William Browning : Une forme familiale d'atrophie musculaire progressive à début tardif.
7. Note sur l'administration de l'arsenic.

A. CULLERRE.

---

*The public obligations of the neurologist* (Les obligations sociales du neurologue); par Henry R. Stedman, M. D. de Boston; brochure in-8° de 11 pages, extraite de *The Journal of nervous and mental diseases*, août 1906.

Dans ce discours présidentiel lu devant l'Association neurologique américaine, le D<sup>r</sup> Stedman fait un chaud plaidoyer en faveur de la création d'établissements charitables destinés au traitement et à la guérison des maladies nerveuses de la classe pauvre ou peu fortunée. Il fait remarquer qu'un grand mouvement s'est opéré dans ce sens à propos des maladies des enfants, des affections obstétricales, des affections du larynx, des oreilles, de la peau. Seule, la neuropathologie est restée en arrière et, à part quelques cliniques destinées à l'enseignement, les hôpitaux ordinaires considèrent les nerveux comme des parias encombrants dont on cherche à se débarrasser au plus vite. Il faudrait développer l'assistance des épileptiques, des formes légères d'aliénation mentale, des vicieux, des déments, des aliénés sortis guéris des asiles; créer des écoles pour les enfants arriérés, des colonies pour les faibles d'esprit et organiser une inspection médicale des prisons destinée à en extraire les aliénés qui, en plus ou moins grand nombre, s'y trouvent encore détenus.

A. CULLERRE.

---

*A propos de sorties et congés d'aliénés : question médicale ou administrative?* par le D<sup>r</sup> Paul Masoin, médecin en chef de l'asile de Dave (Namur). Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1906.

A propos d'un différend survenu entre lui et le directeur de l'asile dont il est le médecin, à l'occasion d'un congé d'essai, le D<sup>r</sup> Paul Masoin examine quels sont les droits réciproques des deux autorités en cas de conflit. Dans l'espèce, le directeur de l'asile, ne se contentant pas de la déclaration écrite délivrée au médecin par la famille, par laquelle elle assumait la responsabilité de la sortie provisoire du malade, émettait la prétention d'exiger une déclaration du médecin lui-même, engageant sa responsabilité personnelle. M. P. Masoin fait remarquer que le médecin ne peut être rendu responsable que des fautes lourdes qu'il commet dans l'exercice de son art, et qu'il ne lui incombe pas d'assumer des responsabilités qui sont purement administratives. Toutes désagréables que puissent être parfois ces responsabilités, « elles rentrent, dit-il avec raison, par lien naturel, dans la catégorie des risques généraux et spéciaux inhérents à toute entreprise, qu'elle soit industrielle, commerciale, ou qu'elle affecte un but humanitaire ». En résumé, l'accord se fit sur une formule reconnaissant le principe de l'autorité absolue du médecin dans les questions de sorties, promenades et congés.

A. CULLERRE.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

E. DUPOUX. Psychologie morbide. Des vésanies religieuses, erreurs, croyances fixes, hallucinations et suggestions collectives. 1 vol. in-16. Paris, Paul Leymarie, 1907.

HARTENBERG (Paul). Sensations païennes. 1 vol. in-12, de 161 pages. Paris, Félix Alcan, 1907.

A. MAIRET et J.-E. FLORENCE. Le travail intellectuel et les fonctions de l'organisme. 128 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1907.

State of New-York. Thirty-sixth annual report of the Buffalo State hospital to the State commission in lunacy, for the year ending september 30, 1906. 66 pages in-8°. Albany, 1907.

A. JOFFROY. La perte de mémoire du calcul comme signe

précoce de l'affaiblissement intellectuel des paralytiques généraux. 2 pages in-4°, du *Journal des Praticiens*, numéro du 23 mars 1907.

A. GIRAUD, POCHON et BRUNET. Rapport médical pour l'année 1906 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1906 de l'asile de Saint-Yon. 46 pages in-8°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1907.

LALLEMANT. Rapport médical pour l'année 1906 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1906 de l'asile de Quatre-Mares. 55 pages in-8°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1907.

State of New-York. Thirty-eighth annual report of the board of managers of the Willard State hospital to the State commission for the year ending september 30, 1906. 61 pages in-8°. Albany, 1907.

ALBERTI (Angelo). Un caso di delirio acuto. Ulteriore contributo allo studio del decorso e delle varietà della amenza. 11 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1906.

DOUTREBENTE. La réforme du régime des aliénés (Placements volontaires et placements d'office. — Des causes de l'encombrement des asiles d'aliénés). 4 et 7 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, numéros des 9 et 23 juin 1907.

CHARLES G. HILL. The sixty-fourth annual report of the Mount Hope retreat, for the year of 1906. 24 pages in-8°, avec planches. Baltimore, 1907.

ALBERTI (Angelo). I tentativi di suicidio in patologia mentale. Ricerche statistiche e cliniche. 50 pages in-8°. Extrait de *Diario del San Benedetto in Pesaro*, 1907.

MASSONIE. Contribution à l'étude des troubles phonétiques dans la démence précoce. 55 pages in-8°. Thèse de Paris, 1907.

CHARON (René). Rapport médical et Compte rendu administratif de l'asile de Dury-lès-Amiens pour l'année 1906. 57 pages in-8°. Amiens, Redonnet fils, 1907.

BALLET (Gilbert). L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. Rapport au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Genève-Lausanne. 35 pages in-8°. Genève, 1907.

GUINTARD. Contribution à l'étude des dégénérescences intellectuelles et morales. Place du délire systématisé progressif, maladie de Lasègue et Magnan, dans les cadres des dégénérescences. Particularités importantes de cette maladie. 91 pages in-8°. Thèse de Nancy, 1907.

L. SCHNYDER. Définition et nature de l'hystérie. Rapport au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes.

Session de Genève-Lausanne. 58 pages in-8°. Genève, 1907.

A. ANTHEAUME. Les psychoses périodiques. Rapport au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de Genève-Lausanne. 126 pages in-8°. Genève, 1907.

CLAUDE. Définition et nature de l'hystérie. Rapport au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de Genève-Lausanne. 51 pages in-8°. Genève, 1907.

State of New-York. Second annual report of the Manhattan State hospital to the Board of managers, for the year ending september 30, 1906. 108 pages in-8°. Albany, 1907.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. 16<sup>e</sup> session tenue à Lille du 1<sup>er</sup> au 8 août 1906. Tome II. Communications diverses et discussions. 1 vol. in-8°, de 387 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1907.

MUGGIA (Giuseppe). Appunti sperimentali sulle condizione organiche dei dementi precoci. 9 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, Napoli, 1907.

BONNAYMÉ, de Lyon. La force psychique et les instruments qui servent à la mesurer. Conférence faite à la Société d'études psychiques, le 8 avril 1907, 39 pages in-8°. Cusset, Imprimerie Bouchet, 1907.

Forty ninth annual report of the General board of commissioners in Lunacy for Scotland. LXXXVIII-169 pages in-8°. Glasgow, 1907.

Compte général de l'Administration de la Justice criminelle pendant l'année 1905, présenté au président de la République par le garde des Sceaux, ministre de la Justice. 174 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1907.

A. MAIRET. La responsabilité. Etude psycho-physiologique. 136 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1907.

DUBUISSON (Max). Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne en 1906. 28 pages in-8°. S. l. n. d.

SIROT (Octave). Note sur la nature de l'hystérie. 28 pages in-8°. Beaune, Imprimerie Arthur Batault, 1903.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 29 avril 1907. 8 pages in-8°. Paris. Imprimerie L. Maretheux. S. d.



---

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Bureau pour 1908

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 30 décembre 1907, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1908.

Ont été élus :

*Président* : M. SEGLAS ;

*Vice-président* : M. LEGRAS ;

*Secrétaire général* : M. RITTI ;

*Secrétaires annuels* : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ;

*Trésorier* : M. PACTET.

*Bibliothécaire-archiviste* : M. BOISSIER.

---

## LISTE DES MEMBRES

### MEMBRES HONORAIRES

CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 mai 1881.

MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 mars 1888.

MITIVIE (Albert), médecin, 19, rue de Bourgogne. — 22 avril 1863.

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 15 novembre 1875.

### MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

BALLET (Gilbert), professeur de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.

- BLIN, médecin en chef de l'asile de Vacluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 octobre 1894.
- BOURNEVILLE, médecin honoraire de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- BROUSSE (Paul), médecin, député, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel. — 26 novembre 1906.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 janvier 1860.
- CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 février 1892.
- DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 décembre 1897.
- DUBUISSON (Paul), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vacluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 47, rue Saint-Georges. — 26 décembre 1898.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 195, boul. Saint-Germain. — 25 mai 1891.
- KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, 16, rue des Fossés-Saint-Jacques. — 29 novembre 1897.
- KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, rue Saulnier. — 26 décembre 1898.
- LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 janvier 1893.
- MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), membre de l'Académie de médecine, médecin-directeur de la maison de santé, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.

- NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs.  
— 25 juillet 1898.
- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). —  
29 février 1892.
- PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles  
d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 avril 1905.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue  
Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, ave-  
nue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de  
l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. —  
30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin en chef de la maison nationale de Cha-  
renton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 115, rue du  
Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes.  
— 28 juillet 1884.
- SEMELAINNE (René), médecin-directeur de la maison de santé,  
château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine).  
— 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, par  
Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145,  
route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard  
Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). —  
27 juin 1892.
- TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-  
sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1895.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue  
Soufflot. — 12 mars 1883.
- VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-  
sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.
- VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare.  
— 10 novembre 1879.

### MEMBRES CORRESPONDANTS

- ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon,  
chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.
- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris.  
— 27 novembre 1899.

- BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 *juin* 1905.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.
- BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 *janvier* 1889.
- BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 *juin* 1892.
- BONNET, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 *janvier* 1892.
- BOUBILA, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 24, rue Dieudé, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.
- BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 *mars* 1894.
- BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 *juin* 1897.
- BRETON, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 *novembre* 1899.
- BUSSARD, médecin-adjoint de la maison de santé de Saint-James, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 *juillet* 1907.
- BUVAT, médecin de la maison de santé, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 *mars* 1905.
- CAPGRAS, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 29 *janvier* 1906.
- CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.
- CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 *novembre* 1905.
- CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 *juin* 1898.
- CHARPENTIER (René), chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 30 *décembre* 1907.
- CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 *mars* 1903.
- CLÉRAMBAULT (de), médecin-adjoint de l'Infirmierie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police, 23, quai Voltaire. — 30 *décembre* 1907.
- COLOLIAN, médecin, 37 *bis*, rue de Ponthieu, Paris. — 27 *octobre* 1902.
- COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 *janvier* 1902.
- COMAR, médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 *juillet* 1902.
- COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 *janvier* 1899.
- CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.

- DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 octobre 1868.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1<sup>er</sup> juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 juillet 1905.
- DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.
- DIDE (Maurice), médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 28 janvier 1901.
- DOUTREBENTE (Gabriel),\*médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 63, boulevard Heurteloup, Tours (Indre-et-Loire). — 27 mars 1870.
- DEOMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 29 octobre 1906.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 novembre 1871.
- DUHEM, médecin-adjoint du Sanatorium, 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine (Seine). — 29 avril 1907.
- DUMAS, médecin, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- DUPOUY, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 29 juillet 1907.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Faïns, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure). — 25 juillet 1904.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 15, rue Louis-Malliot, Rouen (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.

- GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 juin 1897.
- HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 28 janvier 1895.
- HANNION, médecin, Nogent-sur-Vernisson (Loiret). — 29 octobre 1894.
- HARTENBERG (Paul), médecin, 64, rue de Monceau, Paris. — 24 juin 1907.
- HOSPITAL, médecin en chef honoraire de l'asile Sainte-Marie, 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- JACQUIN, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1907.
- JUQUELIER, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 29 mai 1905.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 novembre 1898.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida de Mayo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LEROY (Raoul), médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 28 mars 1898.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.

- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARCHANT, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 25 mars 1901.
- MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- MIGNOT (Roger), médecin en chef de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1905.
- NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- OLIVIER (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Glé (Jura). — 24 juin 1907.
- PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 mars 1906.
- PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PARANT (Victor), fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, 9, rue Faustin-Hélie, Paris. — 24 décembre 1906.
- PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 mars 1902.
- PHULPIN, médecin, 141, rue de Rennes, Paris. — 29 mai 1905.
- PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PICHENOT, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire) — 18 décembre 1905.
- PIÉRON (H.), préparateur à l'École des Hautes-Études, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 avril 1903.

- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 décembre 1903.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Biois (Loir-et-Cher). — 24 décembre 1888.
- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. — 29 avril 1907.
- REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 janvier 1906.
- REY (Ph.), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 26, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RICHE (André), médecin-suppléant de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris. — 25 février 1907.
- RIEDER, médecin, 26 bis, avenue Raphaël, Paris. — 27 novembre 1905.
- RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- RODIET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 25 novembre 1907.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TATY (Th.), chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône). — 26 février 1901.
- TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 décembre 1898.
- THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). — 28 juin 1897.
- THIVET, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 mars 1890.
- TISSIE (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 janvier 1897.



- TRUELLE, médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 25 novembre 1901.
- VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 novembre 1904.
- VURPAS (Cl.), médecin-suppléant de la Salpêtrière. — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 juillet 1901.

## MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

### ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 janvier 1900.
- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.
- FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 novembre 1904.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- MESCHEDE, ancien professeur de la clinique psychiatrique, Kœnigsberg (Prusse). — 20 juin 1903.
- NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 mars 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.
- WITRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 décembre 1907.
- ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 février 1897.

### ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.
- CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.

- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
- GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 juin 1902.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.
- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeborough road Guildford. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlém, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 juin 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 février 1901.
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse), — 26 décembre 1892.

## AUTRICHE-HONGRIE.

- DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 décembre 1906.
- HASKOVEC (Ladislas), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 mars 1905.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 mai 1901.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.

- PILCZ, médecin-adjoint de la 1<sup>re</sup> clinique psychiatrique de Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- STRANSKY (Erwin), assistant de la 1<sup>re</sup> clinique psychiatrique de Vienne. — 29 février 1904.

## BELGIQUE.

- BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 juillet 1906.
- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- D'HOLLANDER, médecin à la colonie de Gheel. — 25 novembre 1907.
- DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MASOIN (Paul), médecin en chef de l'asile de Dave, Namur. — 26 février 1901.
- MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 février 1904.
- MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 octobre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
- SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 octobre 1899.
- VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

## BRÉSIL.

- AFRANIO PEIXOTO, médecin en chef de l'asile de Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 juin 1889.
- MOREIRA (Juliano), directeur de l'hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro. — 25 novembre 1907.
- ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 décembre 1906.
- SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 novembre 1889.
- TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

## CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.

CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 mars 1899.

VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 novembre 1900.

## CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 mars 1897.

## ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

## ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

## ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 octobre 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asylum », Towson, Maryland. — 30 juin 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.

ECHVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 novembre 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

ROBINOVITCH (M<sup>lle</sup> Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

## GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68<sup>a</sup>, rue de l'Académie, Athènes.  
— 30 octobre 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaitis.  
— 28 mai 1900.

## HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye.  
— 27 octobre 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 février 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

## ITALIE.

ALBERTI (Angelo), médecin en chef du manicomio de Pesaro. — 30 décembre 1907.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 novembre 1906.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicomio provincial d'Udine. — 27 juin 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicomio de Pesaro. — 28 mai 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicomio d'Aversa. — 30 mars 1896.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicomio interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 avril 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 juillet 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicomio de Cône. — 27 juillet 1903.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 novembre 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomio de Sienne. — 29 avril 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicomio provincial de Cuneo, Raconigi. — 28 novembre 1878.

LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicomio de Vérone. — 13 juillet 1906.

LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

MARRO.(Ant.), médecin du manicomie royal de Turin. — 30 décembre 1901.

MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.

MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 juillet 1902.

MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.

MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Du-four », S. Vittore, 16, Milan. — 30 juillet 1900.

MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

MOTTI (Giovanni), directeur du manicomie d'Aversa. — 25 mars 1907.

MUGGIA, médecin en chef du manicomie S. Servolo, à Venise. — 25 novembre 1907.

PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.

RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 mars 1882.

SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.

SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.

SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.

SEPPILLI, médecin-directeur du manicomie de Brescia. — 27 mars 1882.

STACCHINI, vice-directeur du manicomie de Florence. — 30 juillet 1877.

TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicomie provincial de Ferrare. — 28 avril 1902.

TAMBURINI, directeur du manicomie de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.

TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 mars 1866.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicomie d'Aversa. — 28 novembre 1881.

#### NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.

EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. — 29 avril 1907.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand.  
— 29 décembre 1884.

## PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne.  
— 25 juillet 1887.

BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale,  
directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. —  
24 février 1890.

SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de  
Porto. — 31 mars 1884.

## RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-  
Ayres. — 25 février 1889.

INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de  
Buenos-Ayres. — 25 juillet 1904.

## ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcontza, Bucarest. — 26 novembre 1906.

## RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 juin 1884.

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 novembre 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Petersbourg. — 11 novembre 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Petersbourg. — 26 décembre 1898.

GORSKY (M<sup>me</sup> DE), Jounovskaja 38, Saint-Petersbourg. — 29 octobre 1888.

GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkov. — 26 novembre 1900.

HERZOG, médecin, Saint-Petersbourg. — 13 avril 1863.

JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 décembre 1881.

KOWALEWSKI, professeur, Saint-Petersbourg. — 31 mai 1886.

MIERZEJEWSKI, académicien, Saint-Petersbourg. — 28 octobre 1878.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 février 1899.

POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 octobre 1888

ROTHER, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.

SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 avril 1902.

SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 février 1898.

SOUKHANOFF, privat-docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.

SKWORTZOFF (M<sup>lle</sup> Nadine). — 25 juillet 1881.

#### SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

#### SUISSE

CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.

DUNANT (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.

GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 février 1899.

LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 juillet 1884.

MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université, 12, rue du Général-Dufour, Genève. — 26 février 1895.

PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 mars 1892.

RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 février 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 décembre 1898.

#### TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

#### Récapitulation.

Membres honoraires . . . . .	4
— titulaires . . . . .	44
— correspondants . . . . .	121
— associés étrangers . . . . .	158
Total . . . . .	327



## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de septembre 1907* : La médaille d'argent de l'Assistance publique est décernée à M. le D<sup>r</sup> GIRAUD, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure) ;

M. le D<sup>r</sup> GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure) ;

M. le D<sup>r</sup> CHARUEL, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> GUYOT, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés ;

— *Arrêtés d'octobre 1907* : M. le D<sup>r</sup> PASTUREL, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3.000 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> VERNET, médecin-adjoint de l'asile de Moulins (Allier), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs) ;

— *Arrêtés de novembre 1907* : M. le D<sup>r</sup> PAIN, directeur-médecin de l'asile de Larocheqandon (Mayenne), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs) ;

MM. les D<sup>rs</sup> COLIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), et VIALLOU, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), sont promus à la 1<sup>re</sup> classe de leur grade (7.000 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> DEZWARTE, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

MM. les D<sup>rs</sup> PAPILLON et DODÉRO, médecins-adjoints, sont nommés médecins en chef de l'asile de Bron (Rhône), postes créés ;

M. le D<sup>r</sup> BRUNET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ;

M. le D<sup>r</sup> RODIET, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon ;

M. le D<sup>r</sup> DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise) ;

M. le D<sup>r</sup> AUBIN, directeur de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé directeur de l'asile de Marseille, en remplacement de M. DENIZET, admis à faire ses droits à la retraite ;

M. VAULBERT est nommé directeur de l'asile de Bassens, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Aubin ;

La médaille d'argent de l'Assistance publique est décernée à M. DAVY, François-Louis, infirmier à l'asile d'aliénés de Lehon (Côtes-du-Nord), trente-deux ans de services au quar-

tier des malades agités et dangereux de cet établissement.

La médaille de bronze de l'Assistance publique est décernée à M. BOUCHER (Victor), infirmier reposant de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe) ;

— M. le D<sup>r</sup> ROUBINOVITCH, médecin suppléant de l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin en chef de l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Charles Féré, décédé.

M. le D<sup>r</sup> Cl. VURPAS, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé, après concours, médecin suppléant de l'hospice de la Salpêtrière.

#### NÉCROLOGIE

E. GOUJON. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le D<sup>r</sup> E. Goujon, sénateur de l'Ain, décédé le samedi 7 décembre 1907, dans sa soixante-huitième année.

Etienne Goujon était né, à Pont-de-Veyle (Ain), le 20 avril 1840. Il fit ses études médicales à Paris. Elève du professeur Charles Robin, son compatriote, il s'est, pendant plusieurs années, livré à des recherches de physiologie expérimentale qui n'ont pas passé inaperçues. Citons, entre autres, son remarquable mémoire « sur l'irritation nerveuse et musculaire pendant la vie intra-utérine, et sur le développement des muscles et des nerfs », mémoire qui a été couronné par l'Académie des Sciences ; puis des études, faites en collaboration avec M. le D<sup>r</sup> Léon Labbé, « sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme comme agents anesthésiques, et sur l'hydrate de chloral ; enfin, des recherches expérimentales sur le choléra, en collaboration avec le regretté Ch. Legros, travail qui, lui aussi, a été couronné par l'Académie des Sciences. Ce dernier mémoire est le résultat d'expériences faites durant la meurtrière épidémie de choléra de 1866-1867, où notre regretté collègue s'était particulièrement distingué ; en récompense de son dévouement, le gouvernement lui avait décerné une médaille d'or.

Pendant la guerre de 1870-1871, il servit en qualité de médecin-major dans l'armée de Metz ; après la honteuse capitulation de Bazaine, il put rentrer en France et prit du service à l'armée de l'Est. On connaît la désastreuse retraite de ce corps d'armée qui, après la tentative de suicide de son chef, dut passer la frontière suisse, à Pontarlier, sous le commandement du général Clinchant, et déposer les armes. Goujon, lorsqu'il était dans l'intimité, racontait avec une émotion communicative toutes les poignantes péripéties de cette retraite à laquelle il

avait assisté, et un nuage de tristesse passait sur sa figure d'ordinaire si gaie et si enjouée.

Après la guerre, notre confrère se remit au travail ; mais, quelque intéressantes qu'elles fussent, les recherches de laboratoire qu'il avait entreprises ne lui procuraient pas des ressources pour vivre à Paris. Il accepta donc d'entrer dans la maison de santé du Dr Rota, rue de Picpus, comme médecin-adjoint, et, peu d'années après, il en devint le directeur. Désormais, son existence était assurée.

Goujon prit goût aux questions médico-psychologiques ; observateur sagace, esprit attentif, travailleur sérieux, il eut tôt fait de se mettre au courant des difficultés de notre spécialité. Il s'engageait résolument dans la voie nouvelle qui lui était ouverte ; il comptait bien apporter sa part à l'œuvre commune que la Société médico-psychologique s'applique à accomplir, puisqu'il voulut être des nôtres. Il fut, en effet, élu membre titulaire, dans la séance du 26 février 1877, sur un rapport de notre excellent ami, M. le Dr Motet. Il suivait avec intérêt nos discussions, et en tirait profit. Nul doute que notre spécialité aurait bénéficié de ses recherches, s'il n'avait pas été distrait par des préoccupations plus générales.

La politique l'attirait. Il accepta d'abord d'être nommé maire de son arrondissement, le XII<sup>e</sup> ; puis il fut élu conseiller général de son département d'origine ; enfin, en 1885, ses concitoyens, qui avaient su apprécier ses mérites, l'élurent sénateur. Dans ces diverses fonctions, qu'il remplit avec une scrupuleuse exactitude, il ne chercha toujours qu'à faire le bien. Les services qu'il a rendus sont incalculables. Les hautes situations qu'il avait acquises par son travail et son énergie lui servaient surtout à être utile aux autres. Aussi, combien justes et vraies sont les paroles par lesquelles M. Antonin Dubost, président du Sénat, terminait le discours prononcé par lui au début de la séance du lundi 9 décembre 1907 : « La générosité de son caractère, ses hautes qualités intellectuelles et morales, son attachement éclairé à la République lui avaient assuré notre estime et notre amitié, et assureront à la mémoire de cet homme, qui fut si simplement « dévoué et bon toute sa vie », le souvenir et les regrets de tous ceux qui l'ont connu » ! On ne saurait mieux dire.

Les obsèques civiles de notre ami regretté eurent lieu le lundi 9 décembre 1907 ; elles furent des plus simples, conformément à sa volonté. Une foule nombreuse de sénateurs, de confrères, d'amis, tous profondément affligés de la perte de cet homme excellent, vinrent rendre un dernier hommage au médecin, à l'homme politique, à l'ami, dont la vie peut se résumer en deux mots : bonté et dévouement.

A. R.

DÉCRET PORTANT RÈGLEMENT DU CONCOURS POUR L'EMPLOI  
DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE  
LA SEINE

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838; l'ordonnance du 18 décembre 1839;

Vu le décret du 1<sup>er</sup> août 1906;

Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Décète :

Art. 1<sup>er</sup>. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies d'aliénés dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

Art. 2. — Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs-médecins des colonies d'aliénés actuellement en fonctions.

Art. 3. — Les concours dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins de la préfecture de la Seine, sont annoncés au moins six semaines à l'avance par des affiches apposées dans chaque département au siège de la préfecture et, s'il y a lieu, à la faculté ou à l'école de médecine et à l'asile départemental d'aliénés.

Art. 4. — Sont admis à prendre part au concours :

1<sup>o</sup> Les directeurs-médecins et médecins en chef des colonies d'aliénés de la Seine et des asiles publics de toute la France;

2<sup>o</sup> Les médecins-adjoints ayant subi avec succès le concours d'adjuvat, les chefs de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris ayant été, par décisions antérieures, assimilés aux médecins-adjoints reçus auxdits concours.

Tous ces praticiens devront justifier de l'occupation effective, pendant une période d'au moins deux années, d'un poste soit dans les colonies d'aliénés de la Seine, soit dans les asiles publics d'aliénés, et n'avoir pas dépassé l'âge de cinquante ans, à la date de l'ouverture du concours.

Art. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1<sup>er</sup> bureau, 2, rue Lobau, Paris) pour obtenir leur inscription en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites par l'article 4.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent

demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de l'Intérieur, après avis du préfet de la Seine.

Art. 7. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés conformément aux dispositions de l'article 9, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, président; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 8. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré, entre un concurrent et un des membres du jury ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours, à partir de la constitution définitive du jury, pour formuler leurs réclamations.

Art. 9. — Le jury est composé comme suit :

Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur nommé par le ministre, président.

Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'Intérieur, sur une liste de trois noms présentée par la Faculté de médecine de Paris.

Deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de Charenton, soit aux quartiers de l'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt près la Préfecture de police.

Deux directeurs-médecins ou médecins en chef des asiles publics des départements autres que la Seine.

Deux suppléants, dont l'un pris parmi les médecins en chef des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins, parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury, sont arrêtées par le ministre, sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

après avis du préfet, et ne doivent comprendre que des médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative :

Le chef du service des aliénés de la Préfecture de la Seine et le chef du 1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Une épreuve écrite de pathologie mentale, pour laquelle il sera accordé quatre heures;

2<sup>o</sup> Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition;

3<sup>o</sup> Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés, dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades, et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation;

4<sup>o</sup> Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures;

5<sup>o</sup> Une épreuve de clinique médicale ordinaire, portant sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition;

6<sup>o</sup> Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours.

Art. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves est fixé à 30.

Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

Art. 13. — La police générale du concours est confiée au

jury, qui détermine, notamment, les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Art. 15. — A la fin de chaque séance, il est donné, publiquement, connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

Art. 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

Art. 17. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 18. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 19. — Sont abrogés les arrêtés ministériels des 31 juillet et 11 septembre 1907 et toutes dispositions contraires au présent décret.

Fait à Paris, le 12 décembre 1907.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

*Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,*

G. CLEMENCEAU.

#### CONCOURS DE 1908 POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Vu le décret du 1<sup>er</sup> août 1906;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1<sup>er</sup>. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 3 février 1908.

Art. 2. — Les candidats devront adresser leur demande de

participation à ces épreuves au président du Conseil, ministre de l'Intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée.

Cette demande devra être accompagnée de toutes les pièces énumérées dans le décret précité du 1<sup>er</sup> août 1906.

Art. 3. — Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1<sup>er</sup> bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, du 10 décembre 1907 au 6 janvier 1908 inclus.)

Art. 4. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix.

Art. 5. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 6 novembre 1907.

G. CLEMENCEAU.

Un décret du Président de la République, en date du 26 novembre 1907, a été, en outre, publié au *Journal officiel*; il contient l'article unique suivant :

« A titre exceptionnel, les docteurs en médecine qui désireraient se présenter devant le jury en vue du service dans les établissements privés ou dans les quartiers d'hospice affectés aux aliénés pourront, s'ils remplissent toutes les autres conditions prescrites par le décret du 1<sup>er</sup> août 1906, obtenir du ministre de l'Intérieur une dispense d'âge, à la condition expresse de subir les épreuves à titre de médecin d'asile privé. Si l'autorisation leur est accordée, ils participeront au concours dans les mêmes conditions que les autres candidats, mais ils seront l'objet d'un classement particulier, qui ne créera pour eux aucune qualification à l'emploi dans un asile public. »

Le jury du concours est composé ainsi qu'il suit :

*Président* : M. le D<sup>r</sup> DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

*Membres titulaires* : MM. les D<sup>rs</sup> MAIRET, professeur-doyen de la Faculté de médecine de Montpellier (Hérault);

GILBERT BALLE, professeur à la Faculté de médecine de Paris;

RÉGIS, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux (Gironde);

RAMADIER, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher);

SÉRIEUX, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise);

CHARON, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme).

*Membre suppléant* : M. le D<sup>r</sup> VIALON, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône).



PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 10 décembre 1907, sous la présidence de M. Armand Gautier, président.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse.

**PRIX CIVRIEUX.** — 800 francs. — Question : *La syphilis spinale.*

Un seul mémoire a été présenté. Le prix est décerné à M. le Dr JACQUEMART, de Paris.

**PRIX FALRET.** — 700 francs. — Question : *De l'état mental des dipsomanes.*

Deux mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à M. le Dr TH. SIMON, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, à Paris.

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr JACQUEMART, de Paris.

**PRIX THÉODORE HERPIN** (de Genève). — 3.000 francs. — Douze mémoires ont été présentés. L'Académie décerne le prix à M. le Dr ALQUIER, de Paris : *Recherches sur : 1° Les troubles nerveux du mal de Pott ; 2° La tuberculose des centres nerveux.*

Elle accorde en outre :

Une première mention à M. le Dr RENÉ CRUCHET, de Bordeaux : *Traité des torticolis spasmodiques, spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental, etc. ;*

Une deuxième mention à MM. les Drs A. RODIET, médecin de l'asile public de Montdevergues, P. PANSIER, de Montpellier, et F. CANS, interne à l'asile de Montdevergues : *Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et les maladies nerveuses s'accompagnant d'épilepsie ;*

Une troisième mention à MM. les Drs MOSNY et MALLOISEL, de Paris : *La méningite saturnine.*

**PRIX HENRI LORQUET.** — 300 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr RENÉ CHARPENTIER, de Paris : *Les empoisonneuses, étude psychologique et médico-légale.*

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr J. INGENIEROS, professeur à l'Université de Buenos-Aires : *Le langage musical et ses troubles hystériques.*

**PRIX POURAT.** — 700 francs. — Question : *L'innervation*

*sensitive, motrice et vasculaire du larynx. Etude expérimentale.*

Un mémoire a été présenté. Le prix est décerné à MM. LESBRE et MAIGNON, de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1908, 1909 et 1910. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1906, p. 166, et de janvier 1907, p. 169); voici celles proposées pour 1910 :

PRIX BAILLARGER. — *Partage interdit.* — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — *Partage interdit.* — 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — *Partage interdit.* — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

PRIX FALRET. — *Partage interdit.* — 700 francs. — Pli cacheté. — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels, au point de vue clinique et médico-légal.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Le prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — *Partage interdit.* — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 2 décembre 1907, sous la présidence de M. Chauveau, président.

Parmi les nombreux prix décernés, nous relevons les suivants :

**PRIX CHAUSSIER** (10.000 francs). — Ce prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> LAUASSAGNE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, pour l'ensemble de ses travaux sur la médecine légale.

**PRIX LALLEMENT** (1.800 francs). — Ce prix est partagé entre MM. les D<sup>rs</sup> E. RÉGIS, professeur adjoint à l'Université de Bordeaux, pour son « Précis de Psychiatrie », et ETIENNE RABAUD pour sa « Pathologie de la pseudencéphalie et de l'anencéphalie ».

**PRIX MONTYON DE STATISTIQUE** (500 francs). — Une mention honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> CONOR, médecin-major à la direction du service de santé du 2<sup>e</sup> corps d'armée, pour son mémoire traitant « De l'hystérie dans l'armée ».

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES

Dans sa séance annuelle tenue le 7 décembre 1907, l'Académie des sciences morales et politiques, qui avait mis au concours, pour le *prix Saintour*, la question : *Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés*, a accordé les récompenses suivantes : 1<sup>o</sup> Une somme de 2.000 francs à M. le D<sup>r</sup> S. COSSA, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, à Nice; 2<sup>o</sup> Une somme de 1.000 francs à M. le D<sup>r</sup> MARCEL VIOLETT, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, et M. SPACH; 3<sup>o</sup> Une somme de 1.000 francs à M. le D<sup>r</sup> GIMBAL, médecin de l'asile d'aliénés de Prémontré; 4<sup>o</sup> Une somme de 1.000 francs à M. le D<sup>r</sup> MARIE, médecin des asiles d'aliénés de la Seine, et M. R. DECANTE; 6<sup>o</sup> Une somme de 1.000 francs à M. le D<sup>r</sup> ANTHEAUME, médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton, et M. L. ANTHEAUME.

#### CRÉATION, A BORDEAUX, DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES D'ENFANTS ANORMAUX

Par arrêté de M. le Préfet de la Gironde en date du 17 août 1907, sanctionnant l'arrêté municipal du 26 juillet 1907, M. le D<sup>r</sup> E. Régis, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, est nommé médecin-inspecteur spécial des écoles primaires de la ville de Bordeaux.

A ce titre, M. le Professeur Régis est chargé de l'inspection médicale des enfants des écoles pour tout ce qui concerne les affections du système nerveux et en particulier de l'inspection médicale des classes et écoles d'enfants anormaux.

Le D<sup>r</sup> Régis a demandé à l'Administration municipale de lui adjoindre, pour cette tâche, deux suppléants : M. le

D<sup>r</sup> Jacquin, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bordeaux, et M. le D<sup>r</sup> Abadie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, deux de ses principaux collaborateurs dans l'œuvre bordelaise d'études sur les enfants anormaux.

Ajoutons que la municipalité de Bordeaux vient de nommer, en même temps, dans chacune des branches importantes de la médecine et de la chirurgie infantiles, un médecin-inspecteur spécial des écoles :

Oto-rhino-laryngologie : Professeur Moure;

Dermatologie : Professeur W. Dubreuilh;

Oculistique : Professeur agrégé Cabannes;

Odontologie : D<sup>r</sup> Dunoyer;

Chirurgie des enfants : Professeur Denucé;

Orthopédie : D<sup>r</sup> Gourdon.

#### TRIBUNAUX

*Intérêts professionnels.* — Dans le certificat justifiant la demande d'internement d'un aliéné, le médecin ne doit se prononcer ni sur les causes de la folie de la personne à interner ni sur l'état mental de ses proches. — Un de nos confrères exerçant dans un chef-lieu de canton du département de la Savoie, M. le D<sup>r</sup> X..., ayant, dans son certificat joint à la demande d'internement d'une de ses clientes, constaté que « parmi les collatéraux, on trouve un frère dégénéré, type du persécuté-persécuteur, et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente aussi des signes de dégénération mentale », deux des personnes ainsi visées ont assigné devant le tribunal de Chambéry M. le D<sup>r</sup> X..., en paiement de dommages-intérêts, pour avoir, entre autres motifs, mis en doute l'intégrité de leur état mental. Le tribunal de Chambéry a rendu le 1<sup>er</sup> juillet 1905 un jugement qui ordonnait une expertise à l'effet de rechercher si la délivrance du certificat en question constituait une faute ou une imprudence.

Les demandeurs ayant fait appel de ce jugement, l'affaire est venue devant la cour de Chambéry qui, deux ans plus tard (25 juin 1907), a rendu un arrêt dont nous extrayons les passages suivants :

« Attendu que si l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 exige, pour qu'une personne atteinte d'aliénation mentale puisse être reçue dans un asile d'aliénés, un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie, ainsi que la nécessité de l'internement et du traitement, cette disposition, avec juste raison, n'impose

pas au médecin l'obligation de se prononcer pas plus sur les causes de la folie de la personne à interner, que sur l'état mental de ses proches ; que les causes de la folie sont souvent trop mystérieuses, pour pouvoir être constatées avec certitude ; que, d'autre part, l'existence de tares héréditaires ne peut résulter pour le médecin que de renseignements que, dans la plupart des cas, il n'a pas été en mesure de contrôler ; qu'au surplus, de pareilles indications sont évidemment inutiles dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement ; que c'est donc sans nécessité, et par suite abusivement, que le D<sup>r</sup> X... a affirmé dans son certificat du 22 avril 1904 que les appelants présentaient des signes de dégénération mentale ; que cette affirmation porte à la considération des appelants une atteinte d'autant plus grave que le certificat du D<sup>r</sup> X..., qui, conformément aux prescriptions de la loi, a été mentionné sur le bulletin d'entrée et dont copie a été envoyée au maire de la commune, pour être ensuite transmise au préfet du département, ne saurait être considéré comme ayant un caractère absolument confidentiel ;

« Attendu qu'ainsi, par sa faute, le D<sup>r</sup> X... a causé aux appelants un préjudice dont il leur doit la réparation ; que la Cour possède les éléments suffisants d'appréciation pour déterminer la quotité des dommages-intérêts. »

Par ces motifs, la Cour a condamné M. le D<sup>r</sup> X... à payer aux appelants la somme de 1.000 francs par moitié pour chacun d'eux. (*La Semaine médicale*, supplément du numéro du 6 novembre 1907.)

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Violences.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du vendredi 4 octobre 1907) :

Dans l'immeuble portant le n° 21 de la rue Boulay, aux Epinettes, habitaient deux vieillards ; le mari, Pierre Duval, soixante-dix-huit ans, et sa femme, soixante-huit ans, veuve en premières noces d'un sieur Gagnepain. Le ménage recevait un secours mensuel de 60 francs.

Cette somme eût pu permettre aux deux bénéficiaires d'être à l'abri de la misère. Ils n'étaient pas dignes, malheureusement, de la bienveillance qui leur était témoignée, et faisaient un singulier usage d'un argent qui recevait, sitôt touché, une singulière destination. Ce n'était, dans le logement des Duval, que noces et festins, dégradantes beuveries, pendant les quelques jours qui suivaient la réception de la somme.

Il y eut sans doute, il y a deux jours, lorsque les Duval eurent encaissé leur mensualité, une orgie plus accentuée que les

autres. Toutefois est-il que, dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 octobre, la veuve Gagnepain passait subitement du sommeil de l'ivresse dans celui de la mort.

Le médecin de l'état civil appelé à venir constater le décès, eut, en pénétrant chez Duval, une macabre surprise; près du cadavre de sa femme, Duval, souf comme toute la Pologne, ronflait à poings fermés. On eut beau l'appeler, le secouer, rien n'y fit, rien ne put le tirer de son alcoolique torpeur. Le permis d'inhumation la morte fut néanmoins délivré, les obsèques fixées à hier matin.

Et, quand, hier, les pompes funèbres vinrent enlever le corps, mis en bière la veille, un scandale sans nom éclata. Duval, hors de lui, fou furieux, et véritablement enragé, se précipita sur les employés, se refusant à les laisser pénétrer chez lui. On dut aller requérir M. Coston, commissaire de police du quartier des Epinettes, qui donna l'ordre de s'assurer de Duval. Les employés des pompes funèbres purent alors monter dans le logement du vieillard.

Un spectacle horrible les y attendait. Dans un accès de *delirium tremens*, Duval avait brisé la bière à coups de hache, en avait arraché le cadavre de sa femme, et celui-ci, complètement nu, gisait lamentable sur le parquet. Il fallut aller chercher en hâte un autre cercueil et ensevelir de nouveau la morte.

Après cette double opération, les obsèques purent enfin avoir lieu.

Duval a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

2. *Suicide*. — M<sup>lle</sup> Alexandrine Germereau, vingt-trois ans, domestique, 10 bis, rue de Châteaudun, s'est empoisonnée hier matin dans sa chambre, en absorbant du sel d'oseille. La désespérée était atteinte de la manie de la persécution. Elle avait laissé sur sa table un billet ainsi conçu :

« Je me tue parce que deux concierges font courir sur moi des bruits diffamatoires... »

Est-il besoin de dire que ces deux concierges n'existaient que dans son imagination?... (*Le Journal*, numéro du dimanche 6 octobre 1907.)

3. *Agression violente*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 7 octobre 1907) :

Dans un accès de folie, avenue de l'Opéra, un fonctionnaire décoré de la Légion d'honneur, M. Ernest D..., cinquante-trois ans, demeurant à Neuilly, s'imaginait, hier, être M. Clemenceau. Il venait de faire arrêter l'autobus et se disposait à agir de même avec les fiacres, quand un cocher l'invectiva. Le pseudo-président du Conseil le frappa alors avec sa canne et fut arrêté. Sa femme est venue le réclamer au commissariat.

4. *Tentative d'homicide et de suicide.* — Hier soir, à six heures, sur le pont de la Concorde, un homme âgé de trente-sept ans, Léopold Louktu, bijoutier, demeurant 101, avenue de Neuilly, atteint subitement d'aliénation mentale, a frappé d'un coup de couteau au cou le colporteur Gustave Bulban, quarante-neuf ans, demeurant rue des Trois-Frères, 19. Son acte commis, le fou s'est jeté dans la Seine, d'où il a pu être retiré vivant. Il a reçu des soins au poste de secours du quai d'Orsay et a été ensuite conduit au commissariat des Invalides, d'où il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. Le blessé n'est pas en danger de mort. (*Le Journal*, numéro du vendredi 11 octobre 1907.)

5. *Agression violente.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 11 octobre 1907) :

Un individu âgé d'environ cinquante ans, taillé en hercule, se présentait, hier, à midi, au restaurant Gibrat, avenue du Maine, 30, et se faisait servir un copieux déjeuner. Le repas fini, comme le garçon venait d'apporter l'addition, l'inconnu appela le patron et lui dit, en riant :

— Il était vraiment bon, votre déjeuner... Mais je n'ai pas d'argent.

Peu satisfait de cette explication, M. Gibrat déclara qu'il allait chercher des agents. Alors, pris d'un accès de fureur violente, l'homme se leva et, avisant M<sup>me</sup> Gibrat, qui traversait la salle, il se jeta sur elle; la serra à la gorge avec une force telle que la malheureuse s'affaissa, évanouie. Voyant le danger que courait sa femme, le restaurateur, armé d'un bâton, se jeta à son tour sur le forcené, qu'il assomma à demi.

Un peu plus tard, devant M. Cœuille, commissaire de police, qui l'interrogeait, il déclara se nommer : la Souffrance. Son père était l'Adversité et sa mère la Misère. Hors ces bizarres déclarations, on ne put rien savoir de l'état civil du forcené, qui a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

6. *Automutilations.* — Un garçon de café, Auguste Perrin, âgé de vingt-sept ans, travaillant chez un marchand de vins établi 122, rue du Faubourg-Saint-Antoine, fut pris soudain, hier matin, d'une crise terrible de folie alcoolique.

Avant qu'on ait pu prévoir son geste, il s'arma d'un rasoir et, en dansant un pas échevelé, se taillada affreusement le bas-ventre et les cuisses. Maîtrisé malgré une sauvage résistance, le pauvre dément a été transporté à l'hôpital Saint-Antoine, puis envoyé à l'asile Saint-Anne par les soins de M. Boutineau, commissaire de police du quartier des Quinze-Vingts (*Le Journal*, numéro du vendredi 18 octobre 1907.)

7. *Quadruple infanticide.* — On télégraphie de Saint-Sébastien au *Matin* (numéro du dimanche 20 octobre 1907) :

Dans la province de Zamora, un crime horrible vient d'être commis. Un nommé Louis Cayetano, dans un accès de folie furieuse, a assassiné ses quatre enfants, âgés respectivement de trois, quatre, treize et dix-sept ans. Les voisins, qui tentèrent de s'interposer, durent reculer devant l'attitude menaçante du fou, qui s'enfuit dans les bois. Les battues organisées pour le retrouver n'ont donné aucun résultat.

8. *Excentricité*. — Inventeur et fabricant de jouets mécaniques, M. Emile Galichet, cinquante-quatre ans, demeurant rue de Flandre, avait le cerveau troublé par les lectures des inventions nouvelles : aéroplanes, ballons dirigeables, canots automobiles, etc.

Sur sa table de travail, des plans aux dessins étranges s'étaient, innombrables, et le malheureux, compas en main, les yeux fixes, écrivait, raturait, paperassait jour et nuit, sans boire, sans manger, sans dormir. Il devint fou.

La nuit dernière, profitant de l'absence de sa femme, il enroula autour de son corps les draps de son lit, ouvrit un parapluie, en criant : « Voilà le parachute de mes rêves ! »

Puis, à pas comptés, il se dirigea vers la fenêtre située à un deuxième étage, enjamba la balustrade et, accroché au manche du parapluie, il se laissa choir dans le vide, sous les yeux des passants terrifiés, qui poussaient des glapissements d'épouvante.

L'infortuné dément ne se fit que de légères blessures. M. Ducrocq, commissaire de police de la Villette, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Matin*, numéro du mercredi 23 octobre 1907.)

9. *Tentatives d'homicide*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 1<sup>er</sup> novembre 1907) :

« Notre correspondant nous écrit qu'un drame de la folie, effroyable dans ses détails, vient de se produire à Anvers. Un sculpteur connu, Van Beylen, âgé d'une cinquantaine d'années, donnait mardi des signes d'aliénation mentale. Vers le soir, il saisit sa femme par les cheveux, la traîna à travers son atelier, et essaya de la frapper à coups de couteau. La malheureuse femme parvint à s'enfuir, emmenant un de ses enfants. Quatre agents de police accoururent aussitôt et voulurent pénétrer dans la maison de l'artiste, afin de sauver deux enfants restés auprès de leur père. Le sculpteur avait démoli tout son mobilier. Armé d'une lance, il attaqua les agents, en blessant grièvement un au bas-ventre et un autre à l'épaule. Les agents durent battre en retraite. La maison du sculpteur fut entourée, mais les agents n'osèrent y pénétrer encore, et toute la nuit on resta dans l'incertitude sur le sort des deux enfants. Mercredi matin, un agent se risqua et il fut assez



heureux pour ramener les enfants, qui s'étaient cachés et qui étaient indemnes. Le fou avait versé du pétrole dans la chambre des enfants et s'apprêtait à y mettre le feu. On s'empara finalement du sculpteur, qui dut être ligoté sur une charrette pour être transporté à l'asile. »

10. *Homicide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 2 novembre 1907) :

« Un émouvant drame de la folie s'est déroulé hier à Varennes-sur-Allier, près de Moulins, dans la maison des époux Vichy, propriétaires du café du Champ-de-Mars.

« Depuis ses dernières couches M<sup>me</sup> Vichy donnait des signes de dérangement cérébral. Néanmoins son mari désirait la garder auprès de lui.

« Hier, vers 5 heures du matin, elle se leva sans bruit alors que son mari était encore endormi, descendit chercher un bidon de pétrole et en arrosa le lit conjugal. Puis elle approcha du lit la bougie qu'elle tenait à la main. En un instant M. Vichy était environné de flammes.

« En toute hâte il sauta de son lit, cherchant à s'enfuir. Mais sa femme, dissimulée dans un angle de la pièce, avait saisi un revolver et en tira trois coups sur lui. Heureusement les balles, mal dirigées, se perdirent dans le mur.

« M. Vichy se précipita sur sa femme et réussit à la désarmer. Au bruit des détonations les voisins s'émurent et accoururent. En les entendant arriver la femme Vichy s'enfuit au dernier étage de sa maison, ouvrit une fenêtre et se jeta dans la rue. Quand on la releva, elle avait une jambe brisée et de nombreuses lésions internes.

« Quant à son mari il a été gravement brûlé à la poitrine, aux bras et aux jambes, et son état est considéré comme très grave. »

Quelques jours après, les journaux annonçaient que M. et M<sup>me</sup> Vichy avaient succombé à leurs blessures.

11. *Une fillette volée par un fou.* — Sous ce titre *Le Journal* (numéro du mardi 5 novembre 1907) publie le fait suivant :

Un individu, qui portait dans ses bras une fillette de vingt-deux mois, vint à passer, hier soir, vers cinq heures, rue de Rivoli.

Il s'en allait d'un pas étrange, roulant des yeux hagards, poussant des cris inarticulés, et s'amusant avec le bébé, qui gémissait, comme avec un jouet.

Les badauds ne tardèrent pas à s'amasser autour de l'inconnu, qui se complut alors dans de hideuses grimaces et des gestes désordonnés. Un agent fut enfin requis, qui conduisit l'énergumène devant M. Bureau, commissaire de police du quartier.

Interrogé par le magistrat, l'homme déclara se nommer

Haupt, âgé de quarante-quatre ans, et se présenta comme commerçant établi rue de Savoie.

Puis, dans un récit tissé d'invéraisemblances et d'incohérences, il raconta qu'il avait volé la fillette aux Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau.

M. Bureau téléphona immédiatement à l'établissement hospitalier et apprit, en effet, que la fillette, abandonnée dès sa naissance par une mère infortunée, venait d'être enlevée par un individu, — Haupt, évidemment, — qui rôdait depuis plusieurs jours autour des crèches...

L'enfant a été immédiatement restituée à l'Assistance publique par le commissaire de police des Halles, qui, en même temps, a fait conduire le fou à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

12. *Double infanticide et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 8 novembre 1907) :

Au quatrième étage d'une maison située, 4, rue Henri-Martin, à Boulogne-sur-Seine, habite depuis plusieurs années un ménage d'ouvriers laborieux, mariés depuis une dizaine d'années. Le mari, M. Berlot, exerce la profession de mécanicien sur les Bateaux parisiens. La mère, en dehors des soins du ménage, s'occupe de travaux de broderie pour un grand magasin de Paris. Quatre enfants sont nés de cette union, dont l'aîné est âgé actuellement de neuf ans et le plus jeune de cinq ou six mois. L'aisance régnait dans ce ménage, car, en outre des appointements du mari, la femme, excellente ouvrière et très laborieuse, apportait un appoint sensible dans le budget du ménage.

Depuis la naissance de son dernier enfant, la mère redoublait d'ardeur au travail. Cette ardeur même devait lui être fatale.

Depuis quelque temps, en effet, M<sup>me</sup> Berlot était en proie à des crises fréquentes de neurasthénie, mais cependant rien ne laissait prévoir la funeste détermination qu'elle a mise à exécution dans le courant de l'après-midi d'hier.

Après le déjeuner, son mari étant reparti à son travail et sa fille aînée, Yvonne, à l'école, la brodeuse s'enferma dans sa chambre à coucher en compagnie de ses deux petits garçons, Georges et André, respectivement âgés de six et trois ans, et, après les avoir couchés dans son lit, alluma un réchaud de bois. Elle se coucha à son tour et attendit la mort. Elle avait eu soin de recommander à sa fillette d'aller porter une lettre à une de ses amies dès la sortie de l'école. De ce fait, ce fut le mari qui, en rentrant de son travail, découvrit l'horrible drame qui s'était déroulé dans sa maison. Après avoir enfoncé la porte et ouvert les fenêtres, il envoya chercher un médecin, mais, hélas ! tous les soins furent inutiles : la mort avait depuis longtemps fait son œuvre.

13. *Agression violente.* — Le 28 octobre dernier, le général Gauthier, commandant la brigade de cavalerie du 20<sup>e</sup> corps d'armée, à Nancy, était assailli au sortir de son domicile par un individu qui lui brisait le manche de son parapluie sur la tête. L'agresseur, un nommé Barbier, quarante-quatre ans, représentant de commerce, déclarait au parquet qu'il avait frappé le général pour attirer l'attention sur lui. Il voulait se faire rendre justice, étant victime d'un de ses beaux-frères, officier supérieur dans l'Est, qui l'avait ruiné. L'attitude de Barbier était tellement bizarre, que le juge d'instruction le soumit à l'examen des médecins aliénistes de l'asile de Maréville. Ceux-ci viennent de conclure à son irresponsabilité. En conséquence, Barbier vient de bénéficier d'une ordonnance de non-lieu, mais il sera interné à l'asile d'aliénés de Maréville. (*Le Temps*, numéro du mercredi 27 novembre 1907).

## FAITS DIVERS

*Une violation de cadavre.* — On lit dans le *Temps* (numéro du 1<sup>er</sup> novembre 1907) :

Stendhal aimait à prouver que les Italiens se distinguent d'autres peuples par le caractère extrême de leurs passions. Un certain Alessandro, de Baïa-Latina, province de Caserte, semble bien donner raison à la théorie stendhalienne.

Très affecté par la mort de sa fiancée, Alessandro alla au cimetière, déterra le corps et l'emporta dans sa maison. Puis il fit des injections de formaline au cadavre, le revêtit de ses habits de noces et s'unit à la jeune morte.

Surpris au jour par des voisins, Alessandro, devant leur colère, dut prendre la fuite, et l'on croit qu'il est allé se jeter dans le lac Fusaro.

On a trouvé un carnet dans lequel Alessandro raconte sa macabre nuit de noces.

*Martyrologe de la psychiatrie.* — Un gardien assassiné par un aliéné. — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du 20 octobre 1907) :

« Hier soir, un certain nombre de pensionnaires de l'asile d'aliénés de Daviot, près d'Aberdeen, retournaient d'un champ voisin, où ils avaient été occupés à couper des charbons.

« Soudain, l'un d'eux se précipita sur le gardien Duncan, qui les accompagnait, et, d'un coup de la faulx dont il était armé, lui trancha littéralement la tête.

« Dans la confusion qui suivit, le fou réussit à s'échapper et les recherches faites pour le retrouver sont jusqu'à présent restées vaines. »

*Un prophète anglais.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 5 novembre 1907) :

« On se souvient de l'effervescence causée en 1905 par les prédications d'un ouvrier mineur illuminé, nommé Evans Roberts, dans le pays de Galles. Aujourd'hui, le comté de Suderland s'intéresse vivement au révérend Barrat, qui a le don des langues et le communique à ceux qu'il baptise.

« Les meetings se tiennent généralement dans l'obscurité complète. Les fidèles s'agenouillent autour de Barrat ; ils prient, chantent, et le miracle commence. Une par une, toutes les personnes présentes tombent sur le plancher, s'y roulent, crient, et finalement commencent à parler des langues étrangères, dont à l'état normal elles ne savent pas une syllabe.

« Ce don mystérieux fut donné au révérend Barrat l'an dernier, alors qu'il se trouvait à New-York. Un soir, il reçut un choc qui le jeta sur le parquet, où il se mit à parler les langues les plus étranges. »

*L'utile précaution.* — Dans une commune d'un département de l'Ouest, un instituteur donna, comme sujet de narration à ses élèves, ce sujet : l'Alcoolisme.

Or, dans ce département, l'alcoolisme sévit aux champs autant qu'à la ville. Et les enfants, de bonne heure, apprennent à déjeuner le matin d'un morceau de pain et d'une lampée de « marc ». C'est peut-être un peu la raison pour laquelle le maître avait choisi ce sujet audacieux. Il en fut bien puni.

Les copies qui lui furent remises se bornaient à reproduire sans enthousiasme les leçons qu'il avait faites, et passaient à l'ordre du jour. Il n'en fut pas trop surpris. Mais l'une d'elles devait le plonger dans un effarement et une mélancolie sans fond.

L'élève y exposait la meilleure façon de procéder pour emporter l'eau-de-vie « que vous donnaient vos parents ». On ne devait jamais se servir à cet effet d'une bouteille, « car, ajoutait l'innocent, si la bouteille venait à tomber, on risquait de perdre le précieux liquide ».

L'instituteur se borna à corriger les fautes d'orthographe de l'élève précautionneux. (*Le Petit Temps*, numéro du samedi 16 novembre 1907).

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

SUR

## LA CUTI-RÉACTION

ET

L'OPHTALMO-RÉACTION EN PSYCHIATRIE (1)

Par le Dr EDMOND CORNU,

Médecin-adjoint à l'asile Saint-Luc, à Pau.

Il y a longtemps que la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les aliénés a été signalée, et déjà Marcé citait, entre autres, cette opinion de Calmeil que les quatre cinquièmes des décès chez les aliénés étaient dus à la tuberculose; et encore, cet auteur ajoute qu'il négli-

(1) Ce travail reçu au mois de novembre 1907 n'a pu, par suite de l'abondance des matières, être publié avant le présent numéro.

N. D. L. R.

geait, dans cette évaluation, les tubercules d'un volume peu considérable, qui ne s'imposaient pas à la vue. Cette proportion est sans aucun doute considérable et ne paraît pas s'appliquer aux asiles modernes, où l'hygiène des bâtiments et les mesures prophylactiques ont livré une lutte relativement victorieuse à la maladie. Encore est-il vrai que la tuberculisation pulmonaire est beaucoup plus fréquente comme cause de mortalité parmi les aliénés que parmi la population générale, et Marie et Rolet (1) ont montré que les aliénés paient un tribut trois fois plus élevé que le reste de la population : la proportion annuelle moyenne des décès par tuberculose est de 672, soit 117 p. 10.000 aliénés, alors que la mortalité annuelle par tuberculose est de 43 p. 10.000 Français.

Il est également connu que la tuberculose suit, chez les aliénés, une marche longtemps insidieuse qui peut laisser insoupçonné ce diagnostic ; un moyen clinique facile et sûr trouverait donc utilement à s'exercer dans les asiles en particulier.

Il n'est pas rare, en effet, que la tuberculose soit une trouvaille d'autopsie et que des malades, ayant succombé par suite d'autres affections, soient trouvés porteurs de tubercules plus ou moins nombreux. Plus souvent, la maladie suit une marche insidieuse pendant assez longtemps, puis prend une allure brusquement rapide : un malade qui, jusque-là, n'attirait pas l'attention, se fait remarquer un jour par son amaigrissement, par de la diarrhée, et rapidement, dès lors, évolue la cachexie, de concert avec le flot envahissant du ramollissement pulmonaire.

C'est que, dans la majorité des cas, le diagnostic pré-

---

(1) La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Archives de neurologie* (octobre et novembre 1906).

coce, rapide, est plein de difficultés chez l'aliéné, où la marche lente des lésions se complique du peu de réactions qu'elles déterminent. La plupart de ces malades ne se plaignent pas, ne toussent pas ou faiblement, n'expectorent pas, conservent durant une période assez longue embonpoint et appétit; la teneur, l'extériorisation de leur forme mentale même ne varie pas et l'attention n'est souvent éveillée qu'à l'apparition des symptômes objectifs tardifs.

Une des difficultés du diagnostic précoce tient, en effet, à la torpeur des fonctions organiques, à l'absence des réactions réflexes, vaso-motrices, sudorales, etc.; et, précisément, cette absence réactionnelle, qui est un symptôme en quelque sorte de certaines formes de vésanies plus volontiers tributaires de la tuberculose (démences, lypémanies), favorise, d'autre part, la réceptivité par l'insensibilité relative au froid. En outre, l'indocilité ou le défaut d'éducation respiratoire du malade privent l'auscultation de sa clarté décisive, et le diagnostic est fait de présomptions jusqu'au jour tardif où les réactions dyspnéiques et la fonte pulmonaire avec son hecticité font leur apparition.

Il est donc à peine besoin d'insister sur l'utilité toute spéciale dans les asiles d'aliénés d'un procédé objectif et commode de diagnostic de la tuberculose. L'isolement précoce, l'alimentation forcée ralentiraient les progrès du mal dans la collectivité et chez les individus atteints.

Aussi l'annonce d'un procédé de cuti-réaction et d'ophtalmo-réaction à la tuberculine a-t-elle été saluée avec faveur par les aliénistes, et les communications de Von Pirquet, de Vallée, de Roux, de Wolf-Eisner, de Calmette ont tenté de nombreux expérimentateurs.

Tant vaut le procédé employé, tant vaut souvent la méthode, et c'est pourquoi, expérimentateur à notre

tour, nous avons voulu nous conformer strictement aux indications fournies par les premiers auteurs.

M. le D<sup>r</sup> Roux, directeur de l'Institut Pasteur, a bien voulu nous renseigner très exactement sur le procédé suivi par von Pirquet, et nous fournir un flacon de tuberculine préparé pour la cuti-réaction. « On dépose sur la peau une goutte de tuberculine (tuberculine brute une partie, eau stérilisée neuf parties), puis on fait avec une lancette une scarification intéressant l'épiderme et la superficie du derme ; le liquide doit bien pénétrer dans la scarification. On pratique ainsi deux ou trois scarifications à 3 centimètres d'intervalle les une des autres ; les scarifications ont 1 à 2 centimètres de longueur et elles ne doivent pas saigner. » Nous avons pratiqué cette réaction sur la face externe du bras et il va de soi qu'une asepsie soignée des téguments et des appareils était réalisée pour éliminer les causes d'erreur dues à une réaction par inflammation banale. Le bras était laissé à découvert jusqu'à dessiccation à peu près complète, l'état actuel noté et la température prise, de façon à réaliser les meilleures conditions d'observation.

Notre expérimentation a porté sur quatre-vingt-trois malades groupés en séries répondant aux cas de tuberculose pulmonaire avancée, moyenne, débutante, douteuse, aux tuberculoses locales, aux affections paratuberculeuses, aux paralysies générales et démences précoces chez lesquelles on a voulu retrouver l'influence tuberculeuse, et enfin à quelques cas de vieilles démences vésaniques évoluant sur une excellente santé physique. C'est de proche en proche, du simple au complexe que nous avons procédé, pour assigner ainsi une valeur graduée à la méthode.

Nous avons en quatre catégories d'expériences : cuti-réactions et ophtalmo-réactions isolées, cuti-réaction



antérieure à l'ophtalmo-réaction et réciproquement, pour confirmer ou opposer les résultats.

Nous serions entraînés trop loin si nous devions relater tous les états actuels et toutes les notes prises sur ces malades et portant sur l'évolution quotidienne d'une papulo-vésicule ; au surplus, les résultats peuvent se définir en quelques types généraux suivant le degré de la réaction.

D'une façon générale, la réaction débute quelques minutes après la scarification sous forme d'un point ou d'une ligne œdémateuse rose ressemblant exactement à un bouton d'urticaire : cette petite élévation déborde légèrement la scarification et est assez souvent entourée d'un cercle rouge. Les auteurs ne semblent pas avoir signalé ce premier stade ; il ne paraît pas d'ailleurs avoir de rapport avec la réaction ultérieure ni avec sa durée, et il ne paraît pas davantage se rapporter à une signification spéciale. Bientôt ce point d'œdème rose avec son auréole plus vive pâlit et tout rentre dans l'ordre, ou peu à peu se forme une petite papule plus circonscrite, épousant les dimensions de la blessure des téguments, et, au bout de vingt-quatre heures, la réaction si elle doit avoir lieu, est nette et définitive. Suivant les cas, elle se complète, la papule devient saillante, s'épaissit, s'élargit avec plus ou moins de rapidité suivant l'intensité de la réaction ou peut-être suivant la richesse lymphatique du tégument. La papule rose ou rouge acquiert parfois pour une seule scarification le diamètre d'une pièce de 1 franc ; elle se recouvre parfois d'un soulèvement bulleux, et plus souvent s'infiltré dans le derme et forme une nodosité. Sa coloration est rouge ou vineuse. La durée de cette évolution est très variable et nous examinerons si ces variantes ont une valeur dans l'appréciation du procédé.

Parfois tout rentre dans l'ordre au bout de trente-six ou quarante-huit heures et il ne persiste qu'une macule ; parfois au contraire, l'évolution dure dix, quinze, vingt jours. Jamais, nous n'avons observé d'inflammation banale surajoutée et nous n'avons pas davantage constaté de traînée lymphangitique ; les ganglions axillaires n'ont jamais participé à la réaction et la température n'a pas subi d'écart : toutes conditions qui plaident du moins en faveur de l'innocuité de la méthode.

Nous apprécierons le degré de la réaction d'après les qualificatifs de réaction « légère », « moyenne », « intense ». La durée pouvant constituer un élément d'appréciation utile, nous l'avons notée avec attention, en tenant compte seulement du temps de la phase vive, négligeant la période, à partir de la dessiccation de la papule.

Avec la même solution ramenée à 1 p. 100, nous avons pratiqué de nombreuses instillations oculaires, la tête étant renversée ou plus souvent dans le décubitus dorsal. Nous avons observé les résultats six et vingt-quatre heures après ; les cas positifs ont consisté soit en un très léger larmolement, soit en une rougeur plus ou moins vive et diffuse localisée à la conjonctive du tarse inférieur, soit en une hyperémie de toute la conjonctive palpébrale avec traînées vasculaires périkeratiques parfois assez nombreuses. Une seule fois nous avons constaté une injection intense avec larmolement abondant et quelques filaments de muco-pus. Il existe, en général, un peu de picotement, mais nous n'avons pas remarqué d'autre réaction cornéenne. La réaction rétro-cède au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, et, dans un seul cas, une réaction plus intense dura sept jours sans phénomènes graves d'ailleurs.

A six mois d'intervalle, nous n'avons pas constaté de poussée aiguë ou d'aggravation quelconque dans l'état des malades à la suite de l'expérimentation.

Deux conditions appréciables se trouvent déjà réalisées : l'innocuité apparente du procédé et la constatation facile des résultats. Il importe davantage maintenant de connaître le nombre des réactions, leur rapport avec les différents stades de la tuberculose, leur signification en présence des cas douteux ou présumés sains, leur valeur proportionnelle ou absolue.

Nous grouperons nos malades suivant leur qualité malade et succinctement, pour chacun d'eux, nous noterons les résultats constatés :

Tuberculose pulmonaire au premier degré.

Tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Tuberculose pulmonaire au troisième degré.

Tuberculoses locales (lupus, otite, spina ventosa, néphrite).

Tuberculoses soupçonnées (diarrhées, etc.).

Diarrhées rebelles.

Paralyse générale.

Démence précoce avec bonne santé physique.

Idiotie avec bonne santé physique.

Démences anciennes avec bonne santé physique.

#### **Tuberculose pulmonaire au 1<sup>er</sup> degré.**

			Cuti- réaction.	Durée.	Ophthalmo- réaction.
Obs.	1.	L..., 28 ans.	Moyenne.	9 jours.	Intense.
—	2.	T..., 45 —	Légère .	9 —	Nulle,
—	3.	A..., 58 —	Moyenne.	16 —	Nulle.
—	4.	D..., 50 —	Légère .	9 —	Nulle.
—	5.	D..., 41 —	Moyenne.	7 —	Nulle.
—	6.	R..., 50 —	Légère .	11 —	Nulle.
—	7.	C..., 38 —	Légère .	13 —	Nulle.
—	8.	S..., 35 —	Intense .	10 —	Moyenne.
—	9.	C..., 54 —	Légère .	9 —	Nulle.
—	10.	C..., 45 —	Légère .	11 —	Nulle.
—	11.	D..., 28 —	Intense .	11 —	Nulle.

#### **Tuberculose pulmonaire au 2<sup>e</sup> degré.**

Obs.	12.	G..., 37 ans.	Intense .	13 jours.	Nulle.
—	13.	N..., 43 —	Intense .	17 —	Légère.
—	14.	B..., 47 —	Intense .	20 —	Nulle.

		Cuti- réaction.	Durée.	Ophthalmo- réaction.
Obs. 15.	L..., 50 ans.	Moyenne.	17 jours.	Nulle.
— 16.	G..., 48 —	Intense .	18 —	Nulle.
— 17.	G..., 59 —	Légère .	10 —	Légère.
— 18.	M..., 50 —	Moyenne.	10 —	Nulle.
— 19.	C..., 25 —	Moyenne.	13 —	Nulle.

**Tuberculose pulmonaire au 3<sup>e</sup> degré.**

Obs. 20.	S..., 46 ans.	Moyenne.	9 jours.	Nulle.
— 21.	D..., 43 —	Légère .	8 —	Nulle.
— 22.	J..., 41 —	Nulle .	»	Nulle.
— 23.	C..., 26 —	Nulle .	»	Nulle.

**Tuberculoses locales.**

Obs. 24.	G..., 30 ans.	Intense .	12 jours.	Nulle (1).
— 25.	A..., 46 —	Nulle .	»	Nulle (2).
— 26.	C..., 44 —	Moyenne.	6 —	Nulle (3).
— 27.	L..., 30 —	Légère .	4 —	Nulle (4).
— 28.	C..., 50 —	Légère .	4 —	Nulle (5).

**Tuberculoses douteuses.**

Obs. 29. — B..., 28 ans, C. R. intense, 7 jours; O. R. nulle, diarrhée, amaigrissement, fièvre vespérale.

Obs. 30. — C..., 33 ans, C. R. négative; O. R. nulle, petite toux sèche sans signes à l'auscultation, amaigrissement.

Obs. 31. — L..., 28 ans, C. R. moyenne; O. R. nulle, bronchite à répétition, quelques râles au sommet.

Obs. 32. — C..., 26 ans, C. R. moyenne; O. R. moyenne, poussée de bronchite, toux légère, respiration granuleuse à gauche.

Obs. 33. — L..., 46 ans, C. R. légère; O. R. négative, sneurs nocturnes, asthénie générale, pas de signes d'auscultation.

Obs. 34. — M..., 28 ans, C. R. légère; O. R. négative, touse, a maigri, diminution du murmure vésiculaire aux sommets.

Obs. 35. — M..., 40 ans, C. R. moyenne; O. R. négative, diarrhée, amaigrissement, bronchite sans signes au sommet.

(1) Néphrite.

(2) Lupus.

(3) Spina ventosa; adénites.

(4) Otite moyenne à répétition.

(5) Ostéo-arthrite.

**Diarrhées rebelles.**

			Cuti- réaction.	Durée.	Ophthalmo- réaction.
Obs.	36.	B..., 42 ans.	Négative.	»	Négative.
—	37.	L..., 26 —	Légère .	4 jours.	Négative.
—	38.	J..., 33 —	Légère .	3 —	Négative.
—	39.	P..., 45 —	Négative.	»	Négative.
—	40.	A..., 31 —	Négative.	8 —	Négative.

**Paralysie générale.**

Obs.	41.	R..., 40 ans.	Moyenne.	8 jours.	Négative.
—	42.	S..., 46 —	Légère .	6 —	Négative.
—	43.	C..., 41 —	Légère .	6 —	Négative.
—	44.	C..., 48 —	Légère .	5 —	Négative.
—	45.	C..., 32 —	Légère .	4 —	Négative.
—	46.	D..., 44 —	Moyenne.	5 —	Négative.
—	47.	M..., 49 —	Moyenne.	7 —	Moyenne.
—	48.	M..., 48 —	Moyenne.	6 —	Négative.
—	49.	O..., 46 —	Légère .	6 —	Négative.
—	50.	L..., 39 —	Nulle .	»	Négative.

**Démence précoce sans troubles physiques.**

Obs.	51.	S..., 30 ans.	Légère .	5 jours.	Négative.
—	52.	C..., 34 —	Légère .	5 —	Négative.
—	53.	S..., 24 —	Moyenne.	8 —	Négative.
—	54.	S..., 30 —	Moyenne.	8 —	Négative.
—	55.	L..., 26 —	Moyenne.	8 —	Moyenne.
—	56.	L..., 29 —	Moyenne.	8 —	Moyenne.
—	57.	M..., 40 —	Moyenne.	7 —	Moyenne.
—	58.	B..., 41 —	Nulle .	»	Négative.
—	59.	Q..., 36 —	Moyenne.	10 —	Négative.
—	60.	N..., 21 —	Moyenne.	10 —	Négative.
—	61.	C..., 25 —	Moyenne.	11 —	Négative.
—	62.	D..., 21 —	Légère .	9 —	Négative.
—	63.	B..., 30 —	Légère .	5 —	Négative.

**Idiotie sans troubles physiques.**

Obs.	64.	L..., 17 ans.	Légère .	2 jours.	Nulle.
—	65.	P..., 43 —	Légère .	3 —	Légère.
—	66.	P..., 39 —	Moyenne.	8 —	Moyenne.
—	67.	J..., 33 —	Moyenne.	5 —	Nulle.
—	68.	L..., 35 —	Moyenne.	8 —	Nulle.
—	69.	C..., 19 —	Nulle .	»	Nulle.
—	70.	L..., 24 —	Moyenne.	8 —	»

			Cuti- réaction.	Durée.	Ophtalmo- réaction.
Obs. 71.	G..., 25 ans.	Légère	3 jours.	Nulle.	
— 72.	C..., 22 —	Intense	11 —	Moyenne.	
— 73.	S..., 25 —	Moyenne.	7 —	Moyenne.	
— 74.	B..., 30 —	Intense	13 —	Nulle.	
— 75.	C..., 35 —	Légère	7 —	Nulle.	

### Démences anciennes.

Obs. 76.	C..., 49 ans.	Moyenne.	11 jours.	Moyenne.
— 77.	J..., 68 —	Moyenne.	9 —	»
— 78.	C..., 72 —	Moyenne.	10 —	Nulle.
— 79.	S..., 62 —	Légère	8 —	Nulle.
— 80.	D..., 70 —	Légère	7 —	Nulle.
— 81.	C..., 65 —	Légère	7 —	Nulle.
— 82.	L..., 70 —	Nulle	» —	Nulle.
— 83.	N..., 70 —	Moyenne.	9 —	Nulle.

D'autre part, l'ophtalmo-réaction répétée 2 fois chez 26 aliénés n'a eu que 2 résultats positifs, d'intensité moyenne, chez deux malades indemnes de lésions tuberculeuses, dont l'un vieux dément vésanique et l'autre idiot.

En somme, sur 83 expérimentations ainsi réparties en vue de la cuti-réaction, nous avons constaté une réaction dans 75 cas, ce qui donne 90 p. 100 de résultats positifs. Cette proportion est considérable et elle donnerait une valeur presque absolue à la méthode si, parmi les sujets ayant réagi positivement, ne se trouvait un nombre important de malades affranchis, apparemment du moins, de l'infection tuberculeuse ; en un mot, proportion trop grande si tous nos malades ne sont pas tuberculeux, proportion en défaut dans le cas contraire.

Pour essayer d'apporter quelque clarté dans la question, nous diviserons la difficulté et nous examinerons d'abord la réaction chez les malades manifestement tuberculeux.

Sur les 23 malades de cette catégorie, 21 ont réagi : la méthode paraît à bon droit pleine de certitude si l'on envisage en effet que les deux absences de réaction sont constatées chez des tuberculeux pulmonaires cachec-

tiques de la troisième période, qui précisément sont signalés comme réfractaires en général à l'inoculation.

Mais la même proportion se retrouve, soit pour les affections locales réputées tuberculeuses (4 réactions sur 5), soit pour les états douteux que signalaient une petite toux, de la rudesse inspiratoire, de l'amaigrissement (6 réactions sur 7), soit enfin pour les affections purement vésaniques ne trahissant aucunement à l'examen l'influence tuberculeuse (43 réactions sur 48).

Enregistré sans idée doctrinale préconçue, après coup, en fin de série, ce résultat semblable dans toutes nos catégories sériees de malades nous paraît à juste titre devoir retenir l'attention et déjà mettre un doute sur la spécificité réactive.

D'autre part, nous nous sommes demandé auxquelles de ces catégories correspondait la nullité ou l'intensité de la réaction. La méthode gagnerait en effet à réserver à une de ces catégories l'un ou l'autre de ces modes d'action. Il n'en est rien : l'absence de réaction s'échelonne sur tout le groupement de nos malades et, si elle est constatée deux fois pour les tuberculeux au troisième degré, elle se constate deux fois également pour des diarrhées rebelles et une fois pour chacun des autres groupes. Quelque faible que soit cet écart, nous signalons toutefois que la réaction n'a pas fait défaut chez les tuberculeux du premier et du deuxième degré. Il semble du moins que les tuberculeux se sont montrés un peu plus sensibles à l'action de la tuberculine.

Nous nous sommes demandé si une relation n'existait pas entre l'intensité de la réaction et le degré d'infection tuberculeuse ; si, en un mot, la réaction n'était pas sensiblement plus vive chez les tuberculeux, de façon à en permettre le diagnostic, mais nous n'avons pu découvrir un rapport bien net à ce sujet. Si les réactions intenses se sont trouvées un peu plus fréquentes chez

ceux-ci, elles ne présentent pas cependant d'affinité particulière, car, dans chacun des autres groupes de nos malades, nous avons retrouvé le même degré d'intensité.

L'imprégnation tuberculeuse du sujet ne semble donc pas nécessaire et suffisante pour déterminer la réaction. Celle-ci ne semble pas tributaire de telle forme mentale et elle ne paraît pas davantage liée aux conditions générale des réactions, telles que l'âge par exemple : les dix cas de réaction négative s'échelonnent presque tous entre quarante et un et quarante-six ans, mais comprennent aussi trois malades de dix-neuf, vingt-six et soixante-dix ans. Il en est de même pour l'intensité que nous avons rencontrée chez des malades d'âge variant entre vingt-deux et quarante-huit ans. Pour cette dernière, une influence assez nette découlerait, croyons-nous, de la constitution dermique, de sa richesse lymphatique, si nous tenons compte de ce fait que deux malades ayant réagi fortement à la cuti-réaction avaient réagi manifestement de même à la vaccination pratiquée deux ou trois mois avant.

D'une manière générale, nous avons constaté un rapport direct, d'ailleurs naturel, entre la durée de la réaction et son intensité.

A défaut de son intensité, la durée de la réaction, du moins, a été sensiblement plus longue chez les tuberculeux reconnus : elle a varié pour eux de neuf à vingt jours, tandis que pour l'ensemble des autres malades elle a oscillé entre trois et douze jours. Le processus de réaction semble donc marquer le pas et faire sentir son action surtout sur le terrain tuberculeux ; mais cette question de degré mise à part, il n'apparaît point comme son spécifique.

*En un mot, chez les tuberculeux, nous avons toujours observé une réaction positive, et chez eux elle a pré-*



*senté un degré d'intensité sensiblement plus marqué; mais eu égard à un pourcentage très voisin chez des malades, idiots ou vieux déments ne présentant à l'examen aucune symptomatologie bacillaire, nous sommes amenés à conclure que cette facilité de réaction pour des malades assurément disparates atténue singulièrement la valeur de la méthode.*

Concurremment avec la cuti-réaction, soit antérieurement, soit postérieurement à elle, nous avons pratiqué l'ophtalmo-réaction chez tous nos malades, sauf chez ceux dont l'état conjonctival aurait rendu inappréciable ou difficile l'examen; d'autre part, nous avons fait l'ophtalmo-réaction isolée chez quelques déments, idiots ou épileptiques.

Sur 91 malades, 14 seulement ont réagi : 6 de façon que nous avons jugée légère, 7 de façon moyenne, 1 de manière intense.

La proportion, qui est de 15,3 p. 100, est ici en sens inverse que précédemment, mais les réactions se rencontrent précisément encore chez des sujets des diverses catégories :

Quatre réactions positives dont une intense se sont produites chez nos vingt-trois malades tuberculeux avérés.

Cette proportion est plus forte chez nos idiots ; cinq sur quinze ; et elle se retrouve, à un degré moindre il est vrai, chez les autres malades, sauf chez ceux atteints de tuberculoses locales et de diarrhées chroniques qui n'ont pas réagi.

Six fois seulement, il y a eu concordance absolue entre le degré de l'ophtalmo et de la cuti-réaction ; mais, en général, à un degré près, la réactivité a été semblable.

Comparant les premiers résultats publiés par les auteurs aux nôtres, nous nous prendrions à douter de

notre mode d'investigation ou d'interprétation si l'observation exacte des règles tracées et la facilité de constatation de ces résultats ne nous portaient à croire à leur fidélité ; au surplus, nous avons répété l'expérience dans les cas négatifs avec tuberculose franche cependant.

En ce qui concerne la cuti-réaction, on put croire avoir trouvé une méthode diagnostique certaine et les résultats des premiers auteurs se ressentent de cette confiance. Bientôt cependant, Dufour (1), Olmer et Terras (2), Ferrand et Lemaire (3) concluent d'après leurs expériences que la méthode n'a pas une valeur constante ; Sicard (4) accuse avoir constaté indifféremment une réaction positive ou négative aussi bien chez des sujets franchement tuberculeux que chez des sujets indemnes de tuberculose. Selon l'auteur de la méthode lui-même enfin, Von Pirket, la cuti-réaction n'a de valeur que chez les nourrissons et pendant les deux premières années de l'existence ; au delà de cet âge, enfants et adultes, même non tuberculeux, réagissent à l'inoculation de la tuberculine faite sur une région scarifiée.

Devons-nous voir dans cette explication la raison de l'irrégularité que nous avons signalée à propos de l'ophtalmo-réaction ? Nous serions portés à le supposer en considérant que les expérimentations semblent avoir porté surtout sur les enfants (Comby) (5) ; les résultats plus probants qu'on a signalés chez eux peuvent tenir en effet à des conditions spéciales qui les rendent plus sensibles à l'action de la tuberculine, et pour notre

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 21 juin 1907.

(2) *Presse médicale*, 18 septembre 1907.

(3) *Presse médicale*, 28 septembre 1907.

(4) *Soc. méd. des hôpitaux*, 14 et 21 juin 1907.

(5) *Archives de médecine des enfants*, n° 10.

part nous n'avons pas retrouvé cette sensibilité réactive chez nos adultes. Nous devons répéter, toutefois, que l'absence de réaction générale, fréquente chez des aliénés, ne permet peut-être pas d'inférer contre la méthode. Des expérimentations nouvelles doivent être faites pour fixer ce point : l'ophtalmo-réaction serait assurément un moyen élégant et simple de diagnostic, mais il n'est pas démontré encore qu'il soit sûr. C'est par le double jeu du contrôle clinique sévère, de l'observation suivie et de l'autopsie décisive qu'on pourra fixer la fidélité, la précision et la spécificité de la méthode. MM. Aubaret et Magne (1) ont expérimenté l'oculo-réaction chez treize malades : quatre sujets n'ayant pas eu une première fois de réaction ont présenté à la deuxième épreuve une réaction très nette ; mais en retour, un cinquième sujet ayant eu une réaction très nette à la première épreuve n'en a pas eu du tout à la deuxième. Alors que, comme on sait, les lépreux réagissent nettement à l'injection de tuberculine sous la peau, les inoculations *dermique* et *conjonctivale* n'ont produit aucune réaction chez des lépreux choisis par M. Nicolle (2), tandis que trois sujets sur quatre pris comme témoins réagissaient de façon plutôt vive.

MM. Marie et Bourilhet (3) ont appliqué la réaction de Calmette à 40 aliénés et nous retrouvons des résultats inconstants : 12 aliénés sur 15 soupçonnés de tuberculose ont donné une réaction positive, 5 paralytiques généraux sur 15 ont aussi donné une réaction nette, et pour 6 déments précoces sur 10 l'ophtalmo-réaction a été positive. Il est de notion commune que la

---

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 août 1907.

(2) Académie des Sciences, août 1907, in *Semaine médicale*, 4 septembre 1907.

(3) Congrès de Psychiatrie de Genève, 1907.

démence précoce, par exemple, favorise la tuberculose ; mais, d'autre part, pour certains auteurs, elle en serait fonction, de même que la paralysie générale. Il eût été intéressant qu'un moyen facile pût nous fixer sur la nature de ces affections ; mais nos résultats, de même que ceux de M. M. Marie et M. Bourilhet, n'ont pu nous élever à cette question doctrinale et nous apporter quelque clarté pathogénique.

---

# Statistique.

---

CONTRIBUTION

A

## L'ÉTUDE DU SUICIDE

Par le **D<sup>r</sup> AL. PILCZ** :

Professeur à l'Université de Vienne.

---

Le suicide a toujours vivement intéressé les aliénistes. Esquirol le regardait comme une forme spéciale de l'aliénation mentale, tandis que Kraepelin (1), en se basant sur l'observation des suicides sauvés, constata que « seulement 30 p. 100 d'entre eux présentaient des troubles mentaux, aujourd'hui cliniquement définis ».

Mon matériel, tiré des protocoles d'autopsie de l'Institut de médecine légale à l'Université de Vienne (directeur professeur Kolisko), comprend 1671 cas (1.245 hommes et 426 femmes). Il semble presque superflu de dire que je ne fais entrer en ligne de compte que des cas de suicide bien sûrement constatés. C'est surtout l'intoxication phosphorique chez les femmes qui imposa une sélection des plus rigoureuses et critiques, puisque la renommée du phosphore comme remède abortif est très commune parmi la population viennoise. Mais heureusement les protocoles de l'Insti-

---

(1) Kraepelin. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1903, I, p. 375.

tut fournissent des renseignements si précis et détaillés que le matériel sûrement évaluable peut être considéré comme suffisant.

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est la prévalence énorme des individus mâles (1.245 H. pour 426 F.).

C'est là une observation qui est d'accord avec les recherches de presque tous les autres auteurs. Chez Heller (1), par exemple, il y avait pour 300 cas 230 femmes ; Bailey (2) énumère la proportion des deux sexes comme 5 : 305 ; Thomsen (3) vit 96 femmes parmi 127 cas. On peut constater cette différence déjà dans le suicide infantile, comme mes recherches personnelles et la monographie de Baer (4) le prouvent. Chez les Chinois cette proportion est inverse, d'après les recherches de Matignon (5), ainsi que chez les Japonais, d'après Eguchi (6) et B. Kure (7) ; dans les Indes, d'après Gaupp (8) ; en Espagne et en Ecosse, d'après Congle (9). Mais les statistiques de Ritti (10), Rossi (11), Ploss (12), etc., montrent au contraire la prédominance des suicides mâles, de même que les

(1) Heller. Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sectionen. *Münchener medicin. Wochenschrift*, 1900, p. 1653.

(2) Bailey. Cit. chez Buschen. Zur Selbstmordfrage. *Archiv f. Criminalanthropologie*, XIII, p. 233.

(3) Thomsen. Beobachtungen ueber den Selbstmord. *Archiv f. Psychiatrie*, XXII, p. 121.

(4) Baer. *Selbstmord im kindlichen Lebensalter*, 1901. Leipzig. (Mais chez Rehfish je trouve la proportion : 100 filles à 100 garçons.)

(5) Matignon. Le Suicide en Chine. *Archives d'anthropologie criminelle*, 1897, p. 363.

(6) Eguchi. Cit. chez Kure.

(7) B. Kure. Cit. chez Sh. Kure. Ueber Selbstmord und Selbstmordversuche, etc. *Jahrbuch f. Psychiatrie*, XVII, p. 271.

(8) Gaupp. *Ueber den Selbstmord*. München, 1905.

(9) Congle. On suicide in relation to age and sexe. (Cit. Kurella. *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1894.)

(10) Ritti. *Les psychoses de la vieillesse*, 1898. Bordeaux.

(11) Rossi. *Archivio di psichiatria*, VII, p. 151.

(12) Ploss. *Das Weib*, IV Aufl., p. 42.

publications plus anciennes de Brorson, Esquirol, etc. (Voyez la monographie de Diez (1), les œuvres de Reh-fisch (2), Masaryk (3), Tissot (4), Ferrini (5) etc.). Mais tous ces auteurs ne regardent que les suicides « nor-maux ». Chez les aliénés, c'est différent. Eulenburg (6), par exemple, constata toujours plus de femmes parmi les suicides des aliénés en Prusse. Mes recherches personnelles (se rapportant aux malades de la première clinique psychiatrique de Vienne) donnent 18 p. 100 des suicides féminins et 16 p. 100 des suicides mâles.

J'ai mentionné plus haut quelques différences des statistiques selon la nationalité. Comme contribution à la psychologie des races je citerai encore les observations suivantes. Contrairement à une opinion très répandue, d'après laquelle le suicide serait extrêmement rare chez les peuples sauvages et s'accroîtrait parallèlement à la civilisation, Steinmetz (7) montre que le suicide se rencontre aussi chez les races inférieures. Weir (8) note la rareté du suicide chez les nègres ; il en est de même de Babcock (9), Bannister et Hectoën, etc. Le suicide se rencontre relativement rarement chez les Arabes, d'après Meilhon (10), Moreau (11) et Nitzsch (12) ; chez les Hottentots et les Kafirs, d'après

(1) Diez. *Der Selbstmord*. Tübingen, 1838.

(2) Rehfish. *Der Selbstmord*. Berlin, 1893.

(3) Masaryk. *Der Selbstmord*. Wien, 1881.

(4) Tissot. *De la manie du suicide*, etc. Paris, 1840.

(5) Ferrini. *Del suicidio in Italia*, 1879.

(6) Eulenburg. Cit. chez Kure.

(7) Steinmetz. Suicide among primitive peoples. *The american anthropologist*, 1894, p. 53.

(8) Weir. Suicide in the United States. *Medical Record*, 1895.

(9) Babcock. The coloured insane. *The alienist and neurologist*, 1895, october.

(10) Meilhon. L'aliénation mentale chez les Arabes. *Annales médico-psychologiques*, 1896.

(11) Moreau. *Ibid.*, 1843.

(12) Nitzsch. Psychiatrisches aus Ägypten. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1857, p. 1.

Greenlees (1); chez les Malais, au dire de V. Brero (2); chez la race mongoloïde il se rencontre plus fréquemment, d'après les affirmations de Rauh (3) et de Browring (4).

Il est confirmé presque à l'unanimité que, parmi les Européens, ce sont les Allemands qui donnent le plus grand contingent au suicide, et parmi les Allemands surtout les Saxons, d'après les recherches de Mathews (5), Weir, Wagner (6), Morselli (7), Gruner (8), etc. Kraepelin (9) relève le penchant fort grand des aliénés Saxons au suicide.

Masaryk et Gaupp relatent que les Juifs ont une tendance relativement faible au suicide. Moi, j'ai trouvé 4,9 p. 100 de suicides juifs relatif à un pourcentage de 8,86 Juifs pour la population viennoise tout entière. Ces faits méritent d'être remarqués au point de vue de la psychopathologie comparative. Chez les Allemands les états dépressifs prédominent parmi les psychoses aiguës, tandis que la lypémanie est très rare chez les Malais, Arabes, Nègres, etc., au dire de Bannister et Hectoën (10), Spitzka (11), etc. D'après le matériel de notre clinique il y avait 8 p. 100 (H.) et

(1) Greenlees. *Insanity among the natives of South-Africa. Journal of mental science*, 1895, p. 71.

(2) V. Brero. *Einiges ueber die Geisteskrankheiten der Bevölkerung des malayische Archipels. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*. Bd LV, p. 25.

(3) Rauh. *Virchow's Archiv*. F. 140, p. 327 (p. 380).

(4) Browring. *Kingdom and people of Siam*, 1857.

(5) Mathews. *Réf. Neurolog. Centralblatt*, 1891.

(6) Wagner. *Cit. chez Rehfisch*.

(7) Morselli. *Der Selbstmord, ein Capitel aus der Moralstatistik*.

(8) Gruner. *Selbstmord in der deutschen Armees. Inaugural-dissertation*. Berlin, 1903.

(9) Kraepelin. *Loc. cit.*

(10) Bannister et Hectoën. *Race and insanity. American Journal of insanity*, 1888.

(11) Spitzka. *Race and insanity. Journal of nervous and mental diseases*, 1880, p. 613.



9,12 p. 100 (F.) des aliénés juifs qui avaient tenté de se suicider, tandis que les chiffres correspondants pour les aliénés aryens sont (comme je l'ai déjà dit plus haut) 16 p. 100 et 18 p. 100 (1).

Age.	Hommes.	Femmes.
	Nombre de cas.	Nombre de cas.
Moins de 10 ans. . .	1	0
11 à 15 ans . . . .	19	4
16 à 20 — . . . .	70	48
21 à 30 — . . . .	332	147
21 à 40 — . . . .	276	72
41 à 50 — . . . .	246	53
51 à 60 — . . . .	171	45
61 à 70 — . . . .	97	16
71 à 80 — . . . .	26	8
Plus de 80 ans . . .	4	0

Ce tableau indique la distribution des suicides selon l'âge. Le plus jeune de mes cas était un garçon de neuf ans (qui se fit sauter la cervelle avec un revolver); les plus âgés sont deux hommes de quatre-vingt-un ans (chute, pendaison). A ma connaissance de la littérature, le plus jeune cas a été publié par Lebjedjew (2) (fillette de huit ans); mais Masaryk dit (sans donner des exemples concrets) qu'il y a des suicidés qui ont à peine atteint cinq ans. Diez raconte l'histoire d'une femme de cent ans (1) qui s'était pendue.

Les résultats des autres observateurs varient un peu. Dupin (3) par exemple enregistre le maximum des suicides entre 41 et 50 ans; Prévost (4) entre 50 et 60, Tissot entre 20 et 30, Heller aussi, etc. La statistique de

(1) Cf. aussi ma monographie : *Psychiatrie compar. des races*, Vienne, 1906, Deuticke.

(2) Lebjedjew. Trav. russe, cit. dans le *Jahresbericht für Psychiatrie und Neurologie*, 1899. Mendel-Jacobsohn-Flatau. (Je n'ai pu me procurer le travail de Durand-Fardel. Étude sur le suicide chez les enfants.)

(3) Dupin. *Gazette des hôpitaux*, 1836, n° 53, Mai.

(4) Prévost. *Annales d'hygiène*, 1836, n° 90, p. 115.

Caspar (1) est fort remarquable, bien qu'elle soit exceptionnelle. Celui-ci observa deux maxima, quant à l'âge, l'un entre 20 et 25, l'autre entre 50 et 60 ans. Le premier correspond à la plupart des statistiques, le second à la période de l'involution sénile (climatérique), c'est-à-dire à un âge où les mélancolies vraies éclatent la plupart.

Mais Heller fait la remarque bien juste que toutes les statistiques n'ont pas de valeur pour ces questions tant qu'il n'y a pas de chiffres exacts sur le nombre total des individus d'un certain âge. Puisque, au fur et à mesure que l'âge s'avance, les individus qui l'atteignent deviennent toujours plus rares, les chiffres absolus ne prouvent rien dans cette question spéciale, et il faudrait recourir aux chiffres relatifs (c'est-à-dire aux pourcentages).

Heller même parle d'un accroissement de la fréquence du suicide parallèlement à l'âge. Socquet (2) trouva parmi 8.884 cas, 2.854 plus âgés que soixante ans; aussi d'après une autre statistique française la fréquence des suicides devient toujours plus grande proportionnellement à l'âge; Ferrini, Masaryk et Gaupp relèvent les mêmes faits (3).

Quelques auteurs ont fait aussi des corrélations entre le suicide et les saisons comme objet de leurs investigations. D'après mes recherches le maximum tombe en mai (pour les deux sexes). Cela concorde avec les recherches de Masaryk. D'après Mathews, Ferrini et Geck (4) il serait en juin; d'après Weir en juillet. Selon Diez on nomme le mois de novembre, le « mois de pendaisons » en Angleterre. On peut dire que les mois du

---

(1) Caspar. Cité chez Diez. *Loc. cit.*, p. 41.

(2) Socquet. Cit. chez Ritti. *Loc. cit.*

(3) Le suicide en France pendant l'année 1886. *Annales médico-psychologiques*, 1888, II.

(4) Geck. *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1898, p. 790.

printemps et de l'été créent une disposition élevée au suicide.

Le tableau suivant montre la distribution des manières de se suicider :

	Hommes.	Femmes.
Poison . . . . .	20.2 p. 100	56.95 p. 100
Pendaison . . . . .	33.16 —	6.73 —
Armes à feu . . . . .	25.78 —	1.68 —
Chute . . . . .	3.53 —	9.85 —
Submersion . . . . .	9.15 —	17.78 —
Blessures de coups . . . . .	2.13 —	1.44 —

*Suicides par des méthodes combinées.*

a) Avec poison . . . . .	0.72 p. 100	2.88 p. 100
b) Sans poison . . . . .	2.65 —	0.48 —

La grande différence selon le sexe est très apparente, et on ne peut rendre responsables seuls des facteurs de « milieu » pour les expliquer. Ça se pourrait dire, peut-être, quant aux armes à feu, mais non quant aux autres. On peut conclure que, chez l'homme, les procédés de suicide prédominent, qui exigent une action plus énergique en général, pour lesquels il faut une volonté plus prononcée et forte pour vaincre les empêchements produits par l'instinct de la conservation. Quant à la prévalence très grande des suicides par le poison chez les femmes, déjà le vieux Diez a remarqué : « Teils aber scheint dem weiblichen Geschlechte eine besondere Hinneigung zum Gifte eigenthümlich zu sein. Schon Wierus behauptet, dass es immer mehr Giftmörderinnen als Giftmörder gegeben habe....; diese Behauptung ist auch durch die Erfahrungen der neueren und neuester Zeit bestätigt worden. » — Ce qui est confirmé aussi, doit-on ajouter, par les faits de l'anthropologie criminelle.

Presque toutes les statistiques concordent avec nos

calculs plus haut exposés. (Heller, Rehfish, Littlejohn (1), Buschan, etc.)

Parmi les procédés plus rares de suicide que je n'ai pas calculés au pourcentage vu le nombre trop petit des cas, je mentionnerai :

10 cas d'étranglement (4 hommes, 6 femmes).

5 cas d'incinération (2 hommes, 3 femmes).

Une aliénée de soixante-quatre ans (démence sénile) se fit des blessures mortelles par des coups de hache sur la tête ; un aliéné de quarante-sept ans (catatonie) se fracassa la tête en la heurtant contre le mur ; 5 de ces 10 cas d'étranglement et 3 de ces 5 cas d'incinération étaient des aliénés. Donc, presque deux tiers des suicides extraordinaires concernent des aliénés notoires.

Comme exemple étrange, citons encore le cas de Rehfish (une femme qui se laisse lacérer par un ours), et la publication connue de Moreau (2) (suicide par un coup d'un canon, par l'inflammation d'une cartouche explosible placée dans la bouche, par le marteau de fer, etc.). Pour l'obstination extraordinaire de quelques individus qui veulent se détruire, j'ai trouvé dans les protocoles de l'Institut aussi des exemples intéressants. Je citerai : « Homme de trente ans, est tiré de l'eau ; on constate sur ce cadavre un sillon de pendaison et plusieurs blessures fraîches de coupures aux articulations de la main et du coude » ; ou « homme de cinquante ans, se pendit après avoir bu de l'acide sulfurique et consommé du phosphore », etc.

Maintenant, je viens aux points d'un intérêt plus grand pour la psychiatrie clinique. Déjà Marcé (3) relate

---

(1) Littlejohn. *Edinburgh medical Journal*, 1899. « On suicide. »

(2) Moreau. « Suicides étranges. » *Annales médico-psychologiques*, 1890, II, p. 209.

(3) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*. Paris, 1888.

des cas de suicide chez des femmes enceintes, Heller constate la grossesse dans 10 p. 100.

Il me fallut d'abord exclure de mes 426 cas, 104 qui manquaient de renseignements suffisants; ensuite 57 cas d'individus séniles, 4 cas d'enfants; enfin 3 cas avec extirpation des génitales intérieures, et 2 cas avec dégénérescence kystique totale des ovaires.

Il reste donc 256 cas évaluable dans cette question spéciale, parmi lesquels il y a  $51 = 19,92$  p. 100 femmes enceintes. La distribution de ces 51 cas sur les mois de grossesse est intéressante.

1 mois. . . . .	15 cas.
2 mois. . . . .	7 —
3 mois. . . . .	7 —
4 mois. . . . .	8 —
5 mois. . . . .	2 —
6 mois. . . . .	4 —
7 mois. . . . .	0 —
8 mois. . . . .	0 —
9 mois. . . . .	0 —
10 mois. . . . .	4 —

(Pour 4 cas des renseignements précis manquent.)

La plus grande partie des suicides des femmes enceintes tombe dans la première moitié de la gravidité. A cette occasion, citons v. Wagner (1)<sup>1</sup>, qui dit : « ..... Im Fortschreiten der Schwangerschaft erwachen die mütterlichen Instinkte....., etc. » Il s'entend de soi que je n'attribuerai pas le facteur étiologique unique du suicide à la grossesse dans mes cas, mais le pourcentage très élevé des femmes enceintes parmi mes cas de suicide féminin et leur fréquence justement dans les premiers mois de la grossesse semble bien remarquable. Je répéterai à cette place que les chiffres pour les suicides des femmes enceintes seraient encore plus grands

(1) V. Wagner. « Die psychiatrischen und neurologischer Indicationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. » *Wiener klinische Wochenschrift*, 1905, n° 10, p. 246.

s'il n'avait pas fallu exclure la plupart des empoisonnements au phosphore vu le soupçon d'un avortement criminel.

Bertillon (1) avait constaté que, parmi les suicides des deux sexes, les célibataires prévalent; de même avis sont Tissot, Gaupp, Durkheim (2). Autant que j'ai pu trouver des notations précises, il y avait 58 femmes mariées pour 147 femmes célibataires (133 filles et 14 veuves).

Chez 4 cas des altérations puerpérales étaient notées.

Quant à la question des corrélations entre le suicide et la menstruation, il me fallut soustraire 45 cas de ces 256 cas, en outre, où n'existaient pas des renseignements plus exacts quant aux ovaires et à la muqueuse utérine et chez lesquels on ne pouvait exclure que la grossesse, par exemple par la note : « Génitales virginales. »

De ces 211 cas, 53 présentaient les altérations de l'état *préménstruel*, 23 se trouvaient *in statu menstruali* (25,11 p. 100 pré- et 10,9 intraménstruel), ensemble 76 cas = 36 p. 100 qui avaient attenté à leur vie pendant cet état de « malaise » se répétant périodiquement. Ce chiffre s'accorde d'une manière frappante avec la statistique de Heller (35,9 p. 100), qui ne fait pas, d'ailleurs, de différence entre les états pré- et intraménstruel. Mais il me sembla nécessaire d'étudier ces cas séparément, en égard à certains faits de la psychiatrie clinique. Nous savons que la plupart des psychoses menstruelles sont d'abord préménstruelles et finissent critiquement à l'instant de l'écoulement du sang. Les typoses durant les cataménies se rencontrent

---

(1) Bertillon, cit. chez Ploss, *l. c.*

(2) Durkheim, cit. chez Gaupp, *l. c.*

plus rarement (1 et 2). Il mérite d'être remarqué que chez plus de deux tiers de suicides commis en état de menstruation les constatations se présentent comme prémenstruelles. Comme « prémenstruelle », je relevai par exemple les notes suivantes : Muquense utérine un peu succulente, pâle. Dans l'ovaire droit, *corpus luteum* récemment crevé ou muquense utérine gonflée et injectée. Dans l'ovaire droit, une follicule de Graaf récemment crevée. Comme *status menstrualis*, je trouvai par exemple, les notes suivantes : Muquense utérine imbibée d'hémorragies. Caillot de sang d'un rouge noirâtre dans le *cavum uteri*. Dans l'ovaire gauche, un *corpus luteum* limité d'une zone mince jaune, etc.

En passant je ferai remarquer le nombre relativement grand des maladies des organes génitaux. Ainsi, j'ai trouvé des renseignements détaillés sur 322 cas,  $70 = 21,73$  p. 100, qui présentaient des affections génitales (la plupart blennorrhagie aiguë et chronique et tumeurs). Esquirol, Burrows et autres anciens auteurs ont déjà appelé l'attention sur la fréquence des maladies génitales chez les suicides féminins (3).

Quant aux corrélations entre le suicide et l'aliénation mentale, on peut établir des statistiques indubitables qui nous montrent combien d'aliénés finissent par le suicide, mais non des statistiques nous apprenant combien de suicidés étaient aliénés dans le sens clinique. C'est bien naturellement. A l'heure qu'il est, nous ne possédons pas d'anatomie pathologique des psychoses ; nous voyons, en outre, combien de lypémanies graves sont méconnues de la part des familles ; chez des nombreux cas de suicide l'anamnèse manque tout à fait. Enfin, quelques pourcentages se basant sur des chiffres

---

(1) Voy. v. Krafft-Ebing. *Psychosis menstrualis*, 1902.

(2) Pilcz. *Die periodische Geistesstörung*, 1901, chap. x.

(3) Cit. chez Diez. *Loc. cit.*, p. 282.

positifs ne peuvent jamais atteindre les faits réels. Ce manque inévitable d'aliénés constatés ne s'égalise pas, pour sûr, par cela que, d'autre part, par la famille, le suicide est souvent caché et motivé par l'indication d'un trouble mental, soit qu'il s'agisse des raisons de piété, soit des raisons matérielles (par exemple retraite, police d'assurance, etc.), et que peut-être l'anatomie même — *piæ fraudis causa* — fait valoir quelques altérations du cerveau polymorphes et incertaines comme preuve indubitable d'une psychose.

Ce n'est qu'en faisant les plus expresses réserves sur la petite valeur des données positives sur cette question que je communique brièvement ce que j'ai pu apprendre par les protocoles.

42 hommes et 35 femmes étaient des aliénés notoires. Parmi ceux-ci le suicide avait eu lieu dans la maison nationale de Vienne, chez 6 cas (3 hommes, 3 femmes); dans la clinique de l'*Allgemeines Krankenhaus*, dans 7 cas (5 hommes, 2 femmes); dans des asiles privés dans 2 cas (1 homme, 1 femme). Hors de cela, chez 2 cas je trouve la note qu'ils ont été déjà en traitement psychiatrique. L'alcoolisme aigu est constaté chez 52 autres cas (45 hommes, 7 femmes); chez 3, hérédité similaire. L'anamnèse rapporte en outre que 8 cas ont déjà essayé de se suicider plusieurs fois. En outre j'ai trouvé les altérations suivantes de l'encéphale et des méninges : chez 5 hommes, des plaques jaunes, contusions de cerveau guéries, tumeurs cérébrales chez 1 homme et chez 2 femmes, enfin chez 33 hommes et 5 femmes des lésions diffuses chroniques inflammatoires et atrophiques (*Leptomeningitis chronica*, *Atrophia cerebri*, *Hydrocephalus chronicus internus*, etc., fréquemment une combinaison de ces altérations cérébrales). Aussi les *stigmata degenerationis* somatiques se rencontrent souvent; je mentionnerai par exemple



un cas avec des anomalies très frappantes des circonvolutions cérébrales, 1 cas avec cryptorchisme droit, 3 cas avec *angustitas aortæ* et *hypoplasia vasorum*.

Peut-être devons-nous rappeler à cette occasion que plus de suicides sont exécutés dans les heures de la matinée que vers le soir (Morselli, Tissot, etc.). Or, nous savons que la dysthymie de la lypémanie et de la neurasthénie diminue toujours vers le soir, tandis que les heures de l'avant-midi sont les plus pénibles pour les malades.

Les recherches de ce travail montrent de nouveau les corrélations étroites entre le suicide et l'aliénation mentale. (Je ferai remarquer encore une fois mes recherches sur la grossesse et la menstruation des suicides féminins, les faits statistiques de la psychopathologie comparative des races, etc.) Ce travail-ci doit être pris d'autant plus en considération que le matériel étudié est assez nombreux.

Enfin j'appellerai aussi l'attention sur ma publication : « Contributions à l'étude de l'hérédité. » (Vienne, 1907, *Festschrift Obersteiner*). Au point de vue de la doctrine de l'« hérédité similaire », il est bien remarquable que l'on rencontre le suicide des parents le plus fréquemment chez les lypémaniques et chez les circulaires.

---

## Médecine légale

---

### REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

---

## CAS DE PERVERSIONS SEXUELLES

Par le Dr ALBERT GIRAUD,

Médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés.

---

SOMMAIRE. — Affaire R.... Un cas de sadisme sanguinaire congénital, par MM. Lacassagne, Rousset et Papillon. — Affaire B.... Enlèvement, viol, assassinat, par MM. Didier, Giraud, Lallemant. — Affaire R.... Outrage public à la pudeur; affaire H.... Outrages publics à la pudeur; affaire Q.... Attentats à la pudeur, par M. Giraud.

Les perversions sexuelles ont été très étudiées dans ces dernières années. Les *Archives d'anthropologie criminelle* ont publié dans le numéro du 15 novembre dernier un long rapport de MM. Lacassagne, Rousset et Papillon sur l'affaire R..., qui a été intitulée : « Un cas de sadisme sanguinaire congénital ». Un jeune homme de dix-huit ans, bon élève dans un petit séminaire de l'Auvergne, avait, dans son village, pendant les vacances, tué par décapitation un enfant de douze ans. Le meurtre avait eu lieu le 1<sup>er</sup> septembre 1905 dans un bois. Le soir, le jeune homme allait se dénoncer aux gendarmes et se constituer prisonnier, et, le 9 septembre, le juge d'instruction de l'arrondissement commettait trois médecins du pays pour procéder à l'examen mental du

meurtrier. Le cas parut sans doute difficile aux premiers experts, car leur expertise dura plus de quatre mois, et ils déposèrent seulement le 26 janvier 1906 leur rapport concluant à la responsabilité de l'inculpé.

Ce rapport ne nous est pas connu, mais il paraît avoir laissé des doutes aux magistrats. Le dossier de l'affaire fut transmis à la Chambre des mises en accusation de la Cour d'appel de Riom, et la Cour, au lieu de renvoyer R... devant les Assises, ordonna une nouvelle expertise, et commit pour cette expertise MM. Lacassagne, Rousset et Papillon. Le prévenu fut, à cet effet, transféré à la prison Saint-Paul, à Lyon. Les nouveaux experts se livrèrent à une étude très minutieuse et firent appel à des spécialistes pour examiner les organes des sens, yeux, oreilles, nez, pour procéder à l'analyse chimique des urines. Malgré leur grande compétence et leur grande expérience ils prolongèrent leur examen pendant plusieurs mois, et, commis par arrêt du 21 mars 1906, ils ne déposèrent leur rapport que le 30 décembre. Leurs conclusions furent :

1° B. R... est un prédisposé héréditaire, présentant des signes physiques et psychiques indiscutables de dégénérescence. Il est atteint de *sadisme sanguinaire congénital*.

2° L'examen de l'inculpé et l'étude que nous avons faite de son crime nous ont montré qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles et morales, de sa raison et de la liberté de sa volonté au moment où il a commis le meurtre qui lui est reproché.

A la suite de ce rapport, la Chambre des mises en accusation de la Cour de Riom ordonna l'internement de B. R... dans un asile d'aliénés.

Les auteurs du rapport sont entrés dans des détails très circonstanciés pour bien préciser l'état mental du prévenu ; on peut en juger d'ailleurs en voyant que le rap-

port n'occupe pas moins de cent pages d'impression dans les *Archives d'anthropologie criminelle*. Les experts ont obtenu de l'accusé une auto-biographie où ils ont puisé des renseignements utiles.

Quoique les *Archives d'anthropologie criminelle* soient entre les mains de la plupart des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, nous croyons intéressant de faire ici une rapide analyse du rapport de MM. Lacassagne, Rousset et Papillon.

Au point de vue des antécédents héréditaires on relève, du côté paternel, un oncle suicidé, une tante très faible d'esprit, le père manifestement alcoolique. Du côté maternel, famille de gens nerveux, vifs et facilement irritables. La mère de B. R... avait des emportements et des colères excessives et a succombé à une maladie d'origine alcoolique. Les frères et sœurs de l'accusé sont tous des natures vives, violentes même ; quelques-uns présentent des symptômes de déséquilibre mental comme on en observe chez les fils d'alcooliques.

Comme antécédents personnels les experts relèvent chez B. R..., dans sa jeunesse, une chute d'une hauteur de 5<sup>m</sup>,50, et à la suite un écoulement purulent de l'oreille ; puis une insolation. Il a eu de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de treize ou quatorze ans, et, vers l'âge de douze ans, un évanouissement dont on n'a pu préciser la nature. Les experts ne croient pas toutefois qu'on doive y voir une attaque d'épilepsie. Il avait, la nuit, des visions et des rêves, ce que Maury désigne du nom d'hallucinations hypnagogiques. Au moment de l'expertise il présentait des signes d'infantilisme avec une glande thyroïde insuffisante. Chez lui la puberté ne s'est pas établie normalement ; il a pris des habitudes de masturbation, mais l'érection est provoquée par des idées sadiques. Il est onychophage.

D'après les dépositions, B. R... était considéré

comme intelligent, très laborieux, ne présentant rien d'anormal dans ses allures, sauf qu'il était peu causeur et n'aimait pas à jouer avec ses camarades. Il avait une idéation vive et une excellente mémoire, aucune aptitude pour les travaux manuels. Il était très émotif et très orgueilleux. Il supportait mal les excitants, alcool ou tabac. On a relevé chez lui quelques idées de suicide. Il avait des sentiments religieux très marqués et un certain degré de mysticisme.

L'origine des idées de meurtre a apparu en voyant tuer des cochons et date de l'âge de cinq ans. Le début des pratiques de masturbation date de l'âge de dix ans ; mais à ce moment l'idée de tuer n'était pas associée aux plaisirs sexuels. Cette association apparut vers l'âge de quatorze ans.

Les experts ont étudié minutieusement l'état d'esprit de B. R..., dans les semaines qui ont précédé le meurtre, et ont relevé chez l'accusé une anxiété à laquelle a succédé une obsession tyrannique. Le 1<sup>er</sup> septembre, dans la matinée, un de ses camarades vint lui proposer une promenade. A ce moment, B. R... était obsédé par l'idée de tuer et au cours de la promenade il fut pris d'une grande érection ; il prétexta un besoin pour aller à l'écart, et, en se masturbant, se voyait faisant saigner son camarade, l'humiliant, le tenant sous lui. Après la masturbation l'idée homicide, accompagnée d'idées sadiques, avait disparu. Mais, rentré chez lui, il est repris d'angoisse et d'obsession, voit sur une table un couteau plus grand et meilleur que le sien et le prend. Dans l'après-midi, il aigüise le couteau et se masturbe de nouveau, avec l'idée qu'il tuait une personne, la mutilait de toute manière, la coupait en morceaux, la dépeçait. A cinq heures et demie du soir, toujours obsédé, il voit un jeune garçon du village, se dirigeant vers le bois pour y chercher des fagots. Il rejoint ce garçon et après

diverses péripéties succombe à l'obsession. Puis une détente se produit, il se demande si c'est bien lui qui a commis un crime pareil, et, après avoir erré pendant trois heures dans la campagne, il va se dénoncer aux gendarmes. Le lendemain il accuse nettement la sensation de dépersonnalisation, se demandant, lorsqu'il était confronté avec la victime, si c'était bien pour lui, l'élève modèle, n'ayant jamais fait de mal à personne, que des magistrats étaient réunis. Il se montre calme, impassible, en face de sa victime, n'ayant aucune manifestation extérieure de regret, alors qu'intérieurement, a-t-il dit, il était horriblement angoissé.

Transféré à la prison d'A..., il écrivit presque aussitôt une lettre au camarade qu'il avait songé à tuer dans la matinée du 1<sup>er</sup> septembre, lui demandant pardon d'avoir tenté de l'assassiner et implorant sa pitié. Puis ce sont les idées religieuses qui dominant, et, deux mois après son entrée à la prison, l'obsession homicide avec représentations sadiques se manifeste de nouveau. Il lutte, succombe à l'impulsion qui le pousse à la masturbation et la détente post-obsessive est chez lui une sorte d'extase.

Transféré le 5 avril 1906 à la prison Saint-Paul à Lyon, il fut mis au régime cellulaire auquel il s'habitua facilement, préférant ce régime à la promiscuité avec les autres détenus, et il passa toutes ses journées à lire et à rêvasser, forgeant sans cesse des chimères et bâtissant des châteaux en Espagne avec, de temps à autre, des périodes de dépression et de tristesse profonde.

MM. Lacassagne, Rousset et Papillon ont résumé ainsi leurs observations :

- « 1<sup>o</sup> R... est toujours obsédé par les idées de meurtre
- « et par l'idée de jouissance sexuelle qui s'y associe ;
- « 2<sup>o</sup> Ces idées de meurtre ne sont pas continues, ou
- « tout au moins sont généralement latentes dans l'es-

« prit, elles ne s'éveillent que par paroxysmes ; ceux-ci  
« surviennent de temps à autre et sans aucune périodi-  
« cité régulière ;

« 3° Ces idées ont toujours pour objectif B... ou ses  
« camarades de séminaire ;

« 4° Ces idées sont toujours involontaires, elles sur-  
« viennent spontanément ou favorisées par un rêve  
« nocturne accompagné ou non de pollution, mais dans  
« lequel le prévenu se voit tuant quelqu'un ; elles  
« s'accompagnent de lutte ;

« 5° Elles sont irrésistibles et de deux façons : d'abord  
« elles s'imposent invinciblement à l'esprit ; en second  
« lieu, si elles sont fortes ou si elles durent, elles éveillent  
« l'idée de masturbation, et quoi que fasse R... il est obligé  
« d'y succomber et d'arriver à l'éjaculation en invoquant  
« l'image d'un assassinat analogue à celui qu'il a commis ;

« 6° Quand le paroxysme de l'idée est violent, il  
« s'accompagne de modification de caractère, tristesse,  
« irritabilité, mauvaise humeur ;

« 7° Nous terminons par une dernière constatation,  
« qui n'est pas la moins importante ; sous l'influence des  
« douches, les obsessions auraient fortement diminué  
« d'intensité, au point que R... est resté, nous dit-il,  
« sans se masturber pendant les quatre derniers mois  
« de son incarcération à Lyon. Les derniers temps, il  
« répondait mal ou refusait de nous répondre, préten-  
« dant qu'il faisait tous ses efforts pour que l'idée ne  
« réapparaisse plus, et que nos interrogations, en appe-  
« lant son attention sur elle, risquaient de la faire  
« revenir.

« Comment ne pas considérer comme malade, une  
« idée homicide qui paraît s'atténuer sous l'influence  
« hydrothérapique ? »

Les experts ont cru pouvoir affirmer que R... était  
d'abord *un héréditaire*, en second lieu *un dégénéré*, et

que l'étude de son psychisme le faisait ranger dans la catégorie des obsédés. « L'obsession, disent les experts, « doit être consciente, involontaire, et s'accompagner « de lutte avec angoisse ; elle doit être irrésistible, et « satisfaite, être suivie d'une sensation de soulagement. » Tous ces caractères se retrouvent dans l'acte incriminé d'où la déduction que R... est atteint d'obsession homicide impulsive. Il y a en même temps perversion sexuelle, d'où le diagnostic de sadisme sanguinaire congénital. B. R... a été considéré comme aliéné et envoyé dans un asile.

Les lecteurs des *Annales* qui ont suivi les travaux de Morel et ont eu entre les mains les *Annales* de 1870, rapprocheront tout naturellement le cas de B. R... de celui de Jeanson, condamné par la Cour d'assises de Metz à vingt ans de travaux forcés, malgré l'avis de Morel.

Jeanson était élève au petit séminaire de Pont-à-Mousson. Il avait, dans la nuit du 29 au 30 mai 1868, mis le feu au petit séminaire et tué un de ses camarades d'un coup de rasoir à la gorge, et l'opinion publique avait été très émue de ce crime. Deux médecins de Maréville, Bonnet et Bulard, avaient été commis comme experts pour examiner l'état mental de Jeanson, qui fut mis en observation à Maréville. Au mois de juin, Morel, revenant de Munich, eut occasion de s'arrêter à Maréville et vit Jeanson. Les conclusions des experts furent : « Rien ne nous autorise à dire que « Jeanson ait été aliéné avant, pendant, ou après l'acte « incriminé.

« Toutefois, en raison des conditions particulières « où l'ont placé et les antécédents héréditaires de ses « parents, et aussi la fièvre typhoïde que Jeanson a eue « à l'âge de huit ans, l'inculpé nous paraît prédisposé « à l'aliénation mentale.



« Enfin, ces influences morbides ont certainement  
« contribué à diminuer notablement chez Jeanson la  
« force de résistance ordinaire et normale aux impul-  
« sions passionnelles. »

La Cour d'assises de Nancy, devant laquelle Jeanson fut traduit en février 1869, prononça une condamnation à vingt ans de travaux forcés. L'arrêt fut cassé ; l'affaire fut renvoyée devant la Cour de Metz, et la défense demanda l'avis de Morel. Les experts de Maréville avaient, tout en admettant la prédisposition à la folie, conclu à un crime passionnel. Jeanson avait de la perversion sexuelle, et au cours des débats le président des assises a dit à l'accusé : « Eh bien ! si vous n'êtes pas  
« pédéraste de fait, vous êtes pédéraste de cœur. » Cette circonstance était regardée comme une circonstance aggravante. C'était un argument pour faire valoir un vice d'éducation, l'immoralité dans un petit séminaire.

Pour Morel, Jeanson était un malade, et son crime un acte pathologique. Il soumit le cas à la Société de médecine légale, qui partagea son avis.

Les experts de Maréville avaient maintenu leur opinion, et malgré l'intervention de Morel, la Cour d'assises de Metz condamna comme l'avait fait celle de Nancy. Bonnet trouva mauvais que Morel eût soumis l'affaire à la Société de médecine légale et provoqué un avis opposé à celui des experts de Maréville. Il envoya aux *Annales* un mémoire intitulé : *La vérité sur l'affaire Jeanson* (1). Il provoqua naturellement une réponse de Morel sous le même titre : *La vérité sur l'affaire Jeanson* (2), et Morel insista sur l'analogie existant entre Jeanson et Rambaud, autre séminariste

(1) *Ann. méd.-psych.*, 5<sup>e</sup> série, t. III. Mars 1870, p. 230.

(2) *Ann. méd.-psych.*, 5<sup>e</sup> série, t. III. Mai 1870, p. 420.

assassin, qu'Aubañel avait déclaré aliéné, rapport publié dans les *Annales médico-psychologiques* (1).

J'ai cru intéressant de rappeler ces faits anciens, parce qu'il y a là des sujets appartenant à la même famille pathologique, et parce qu'on peut suivre ainsi, je ne dirai pas l'évolution, mais le développement de la médecine légale des héréditaires dans les cinquante dernières années (2).

Il est inutile de dire que l'hérédité alcoolique ne suffit pas pour faire déclarer un individu aliéné, alors même que le crime se présente dans des conditions qui paraissent extraordinaires. J'ai été appelé, il y a quelques années, avec mon confrère Lallemand, alors directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, et le D<sup>r</sup> Didier, médecin du parquet de Rouen, à examiner l'état mental d'un homme ayant commis un crime analogue à celui de Soleillant. Il avait enlevé une petite fille dont la disparition avait causé une vive émotion dans le quartier. Il avait emmené l'enfant dans son garni, l'avait violée et tuée, puis l'avait coupée en morceaux. Les morceaux avaient été retrouvés, les uns surnageant dans la Seine, les autres épars dans la campagne autour de la ville. On avait pu les identifier et reconstituer le cadavre de la petite fille. Il avait fallu plusieurs jours d'investigations pour trouver l'auteur de l'attentat. C'était un ouvrier des quais de Rouen, B..., dans la force de l'âge, et notre mission consistait à « rechercher, « abstraction faite de son état d'ivresse présumée, s'il

---

(1) *Ann. méd.-psych.*, 3<sup>e</sup> série, t. V. Janvier 1859, p. 28.

(2) J. Falret a reproduit dans son ouvrage : *Les aliénés et les asiles d'aliénés* (Paris, 1890), outre son rapport à la Société de médecine légale sur l'affaire Jeanson, la consultation médico-légale de Morel et divers autres documents relatifs à cette cause célèbre.

« est affecté d'une infirmité organique ou d'une tare physiologique quelconque devant être prise en considération pour la détermination de sa responsabilité ».

B... était de taille moyenne, le crâne normalement conformé, la face présentant un léger degré d'asymétrie, les arcades orbitaires saillantes, la voûte palatine ogivale. Les organes génitaux étaient bien conformés, bien que la verge fût d'un volume un peu au-dessus de la normale. La sensibilité cutanée normale, les réflexes conservés. On observait un léger tremblement de la langue et des mains. Rien du côté du foie ou des organes splanchniques, pas de pituites le matin.

Comme antécédents héréditaires, son aïeul maternel était un alcoolique invétéré, ainsi que les deux sœurs de celui-ci.

Sa mère aurait eu jusqu'à l'âge de treize ans des accès de somnambulisme, et alors qu'elle était enceinte de trois mois de B... aurait eu une fièvre typhoïde.

B... ne paraît pas avoir eu de maladies graves dans son enfance, toutefois, vers l'âge de cinq ans, il aurait été pris d'étouffements et de cauchemars, qui vers l'âge de dix ans auraient disparu spontanément.

A dix-huit ans, il contracta des habitudes d'ivrognerie ; il s'engagea, sur les instances de sa famille, dans l'artillerie, à Poitiers, puis alla en Algérie, sur sa demande, prétendait-il ; mais à la suite d'actes d'insubordination, il fut envoyé dans les compagnies de discipline. A son retour du régiment, on remarqua qu'il avait pris l'habitude de boire de l'absinthe pure et en assez grande quantité. Il s'occupa en divers endroits, mais il ne pouvait rester longtemps dans la même place à cause de sa paresse et de son ivrognerie.

D'après le récit qu'il nous fit, il était sorti le matin à six heures avec sa maîtresse, a bu avec elle du café à l'eau-de-vie, et est allé ensuite, dans un débit, re-

prendre un café à l'eau-de-vie. Il est allé dans un autre débit où il a pris trois cafés à l'eau-de-vie, et, vers onze heures et demie, il alla prendre une absinthe. Entre temps, il s'était promené dans la ville. Il est ensuite allé chercher sa maîtresse à son travail, et ils déjeunèrent tous deux dans un square. Sa sœur était venue lui apporter son déjeuner, elle s'était aperçue qu'il avait bu, et lui en avait fait l'observation. Après déjeuner, nouveau café avec sa maîtresse et il a reconduit celle-ci, à une heure, à l'établissement où elle travaille. C'est vers deux heures et demie qu'il emmena la petite fille, à laquelle il avait promis des gâteaux. Il nous a dit ne pas se souvenir par où il l'avait emmenée, mais il se rappelait l'avoir portée dans ses bras.

Rentré chez lui, il a couché l'enfant sur sa paille et a tenté de la violer, mais il nous a déclaré qu'il avait tellement bu qu'il n'a pas pu faire grand'chose, et n'a pas eu d'éjaculation. L'enfant criant, il lui a mis la main sur la bouche, et, comme il n'arrivait pas à la faire taire, il lui a coupé la gorge avec son couteau. Il nous a affirmé qu'il n'aurait pas commis un tel acte s'il n'avait pas bu. Il nous a dit ne pas avoir éprouvé le moindre plaisir à égorger et à découper la petite, ni à voir couler le sang. Il l'a fait pour ne pas être découvert et pour s'en débarrasser le plus vite possible. Il pensait qu'elle serait plus facile à sortir de chez lui.

Au cours de notre examen, nous n'avons constaté chez B... aucune forme d'aliénation mentale. Nous n'avons pas vu que l'acte incriminé pût être le résultat d'une impulsion subite et irrésistible (abstraction faite de son ivresse présumée), comme cela se rencontre chez les épileptiques et les dégénérés. Il n'était pas atteint d'épilepsie, et ne présentait aucun signe d'épilepsie larvée. Nous n'avons pas cru non plus pouvoir admettre l'hypothèse d'une obsession impulsive due à une per-

version sexuelle sadique. Il n'avait pas éventré sa victime pour se repaître de la vue des entrailles dans une sorte de délire voluptueux, comme on l'observe chez les dégénérés atteints de sadisme. Nous n'avions pas à discuter la question d'ivresse présumée, puisque le juge d'instruction, dans son ordonnance, nous avait prescrit de faire abstraction de cette question. Nous ne pouvions que déclarer le prévenu non aliéné. D'après la jurisprudence actuelle, l'ivresse étant un délit, n'est pas admise comme excuse. Déclaré coupable sans circonstances atténuantes, B... fut condamné à mort et exécuté.

Les outrages publics à la pudeur sont souvent le résultat de perversions sexuelles, ou tout au moins le fait d'individus mal équilibrés.

J'ai eu à examiner un sieur R..., âgé de trente-huit ans, curé d'une petite paroisse de Seine-et-Oise. D'après un procès-verbal de garde champêtre, il aurait commis un outrage public à la pudeur en prenant un bain dans la Seine, se montrant nu dans son bateau, et se lavant la verge devant des enfants. Il niait le fait et soutenait qu'il s'était baigné avec un caleçon. Mais d'autres faits étaient relevés à l'instruction. Des témoins déclaraient avoir surpris R... se faisant masturber par des enfants. Au cours de l'instruction, il écrivit des lettres étranges et de nature à faire douter de son bon sens. C'est ainsi que, dans une lettre au juge d'instruction, il se disait un mouton qui doit être tondue et tué. Dans des lettres, adressées au procureur de la République, il se disait malheureux de se voir poursuivi par des gens sans conscience ni honneur. D'après les renseignements fournis par le juge de paix du canton, ce prêtre avait l'esprit absolument déséquilibré.

Je n'ai pas trouvé chez lui d'antécédents héréditaires directs. Il avait encore son père et sa mère, et ceux-ci

niaient toute hérédité morbide dans la famille. Un oncle maternel, mort depuis peu de temps auparavant, était, paraît-il, un peu singulier, vivant à l'écart et ne voulant voir personne. La sœur du prévenu avait une conduite irrégulière et avait subi une condamnation.

R... avait beaucoup voyagé, sans toutefois chercher à s'expatrier. Né à Saint-Omer, il avait commencé ses études chez les frères, à Saint-Omer, les avait continuées au lycée de Saint-Omer, puis, à dix-sept ans, était entré au petit séminaire d'Arras. De là il avait été au grand séminaire d'Arras, puis au séminaire colonial, rue Lhomond, à Paris. De là il était entré comme professeur à l'école Sainte-Anne à Saint-Ouen, puis à l'institution libre des Barnabites à Gien, et ensuite au collège Saint-Pierre à Saintes. Il s'était fait ordonner prêtre à La Rochelle à l'âge de trente ans. Il a fait fonction de vicaire, sans titre officiel, à Saint-Pierre-les-Calais, puis a été, pendant un an, professeur au collège Saint-Charles à Monaco, a été ensuite à Nice, et enfin s'est fait agréer dans le diocèse de Versailles où il a été nommé desservant d'une petite paroisse des environs de Mantes.

D'après les renseignements recueillis, il avait été un élève insignifiant, nul dans ses études, peu intelligent. Il était excentrique et d'un caractère bizarre. Plus tard, on n'a pu le garder nulle part dans les établissements où il était entré comme professeur, parce qu'il était sans autorité sur les élèves. Il manquait de tenue.

Je l'ai examiné à diverses reprises, et j'ai même assisté à sa confrontation avec l'un des enfants rendant compte d'une scène de masturbation pratiquée sur la personne de son curé. J'ai été frappé du calme du prévenu, on pourrait presque dire de son indifférence. Il opposait à la déposition une négation formelle, mais sans donner aucune explication, sans discuter l'alléga-

tion. Il ne paraissait pas s'indigner d'une accusation qui, d'après son système de défense, serait mensongère et calomnieuse. Il se bornait à dire que ce n'était pas possible, et il appuyait sa négation d'un geste de main toujours le même. Il m'a dit qu'il y avait des gens mal disposés à son égard, et qu'il n'était pas bien avec l'instituteur, mais je n'ai pas trouvé chez lui de caractères d'un délire de persécution. Rien n'indiquait qu'il eût jamais eu des hallucinations ou des illusions des sens ; tout au plus pouvait-on trouver quelques fausses interprétations de faits, rien qui pût faire songer à une folie systématisée. Il n'avait ni délire de richesses ou de grandeurs, ni délire hypochondriaque, n'avait pas de troubles de motilité indiquant un début de paralysie générale. Il manquait manifestement de sens moral. Il ne paraissait pas comprendre qu'on lui fit un grief d'aller se baigner avec des enfants, avec ou sans caleçon. Il soutenait s'être toujours servi de son caleçon ; or, le caleçon en question portait imprimés des dessins indécents, pour ne pas dire plus, et R... se bornait à reconnaître que son caleçon était *drôle* ; mais, ajoutait-il, j'en avais un autre qui était percé, et il valait mieux se servir de celui-là que de celui qui avait un trou. Je n'ai pas pu lui faire comprendre qu'en tout cas il se montrait inconvenant, et qu'un prêtre était tenu à plus de réserve et de décence.

Au point de vue physique, il avait la tête symétrique, et le seul point à relever était un pen de hauteur exagérée de la voûte palatine. Les organes génitaux étaient normaux.

R... était manifestement un individu mal équilibré, mais on ne pouvait constater chez lui ni obsession ni impulsion irrésistible. Il avait le sentiment de la pudeur très peu développé, mais, tout en niant les faits incriminés, il avait conscience que de tels faits sont ré-

préhensibles et tombent sous le coup de la loi. J'ai résumé mon expertise, en disant : « Je n'ai pas à apprécier son système de défense ni à rechercher s'il a raison ou tort de nier. La question est du ressort du tribunal, et mon rôle se borne à dire si la justice doit lui demander compte de ses actes. Ma réponse est affirmative. Le prévenu n'étant ni imbécile ni dément, n'ayant ni délire ni impulsions irrésistibles, doit être considéré comme responsable de ses actes ; mais le fait qu'il présente un certain nombre de caractères propres aux dégénérés constitue une circonstance atténuante. » R..., traduit devant les assises à Versailles, fut condamné à deux ans de prison.

L'excitation génésique qu'on observe chez certains vieillards poursuivis pour outrages publics à la pudeur agit-elle toujours à la manière d'une force irrésistible, contraignant de commettre l'acte incriminé en public ? Je ne l'ai pas cru dans le cas suivant.

H..., âgé de soixante-dix sept ans, prévenu d'outrages publics à la pudeur, n'avait pas subi de condamnations antérieures. Une lettre anonyme adressée au commandant de gendarmerie l'avait signalé comme un homme dangereux pour les enfants. La lettre portait qu'il se découvrait devant les femmes, et les poursuivait la verge à la main. L'auteur de la lettre ajoutait : « Chez cet homme il y a maladie, car jour et nuit il est « sur pied et il a été pris bien des fois dans les cours « à C..., à B..., et à A..., à toute heure de nuit. »

Un procès-verbal de gendarmerie établit que divers témoins ont vu H... se livrer à des actes obscènes. H... après avoir d'abord nié à dit aux gendarmes : « Je suis un « malheureux ; c'est une passion que j'ai. Ma femme ne « peut plus me supporter, et je fais cela pour me sou- « lager un peu. » Il fut cité devant le tribunal de



Mantes et, deux jours avant la comparution, un médecin du pays lui délivra le certificat suivant : « Je soussigné, etc., certifie que le sieur H... (Célestin), demeurant à..., est atteint d'une perversion du sens génital caractérisée par une excitation presque permanente des organes génitaux et par un penchant presque irrésistible pour l'onanisme, que ces symptômes constituent un état pathologique bien défini dit manie érotique ou satyriasis, que le début de ces accidents remonte chez lui à environ cinq ans, et que, sous l'empire de cette manie, il a pu commettre des actes délictueux dont il ne saurait être considéré comme responsable, au moins entièrement. »

Des femmes, citées comme témoins à l'audience, ont déclaré qu'elles avaient vu H... embusqué sur leur passage et se livrant à des actes obscènes. L'une d'elles a été obligée de changer de chemin pour mener sa petite fille à l'école. H... ne paraît pas avoir d'antécédents héréditaires prédisposant à la folie. D'après son dire, son père serait mort à quatre-vingt-cinq ans et sa mère à quatre-vingt-trois.

La famille comptait dix enfants dont cinq étaient encore vivants : son frère aîné, âgé de soixante-dix-sept ans, et trois sœurs. Ils sont tous, a dit H..., bien mortifiés de ce qui arrive. Il a une femme infirme et depuis cinq ans n'a plus de rapports sexuels avec elle. C'est depuis ce moment qu'il s'est adonné à l'onanisme. Il m'a avoué sans difficulté qu'il se masturbait, et, a-t-il ajouté : « Cela le contentait mieux quand il voyait une femme. » Il s'est défendu d'avoir volontairement fait scandale ; c'était dans les bois, et il ne croyait pas être vu.

Je n'ai constaté chez le prévenu aucun délire. Il attribuait la dénonciation d'où sont venues les poursuites à des gens mal intentionnés, et ne peut savoir si c'est par jalousie ou par vengeance. Il avait des lacunes

dans la mémoire. En ce qui concerne les organes génitaux j'ai trouvé la verge normale, flasque, le gland recouvert en partie par le prépuce, les testicules normaux dans les bourses. Il n'y avait pas d'érection au moment de l'examen.

Au point de vue des habitudes, il faisait usage d'alcool, mais ne paraissait pas adonné à l'ivrognerie. Il a déclaré qu'il prenait son café à midi et un petit verre après. De temps en temps, le dimanche, il allait passer une couple d'heures au café pour être en société.

Il s'est plaint de mal dormir, mais n'a accusé ni hallucinations ni illusions des sens.

Dans mon rapport au tribunal j'ai formulé mon diagnostic en disant : « C'est un homme affaibli physiquement et moralement par l'âge. » Ce qu'on constate chez lui, c'est la sénilité et non la folie. C'est un vieillard et ce n'est pas un aliéné. Il a toutefois une excitation génésique anormale qu'on rencontre parfois chez les vieillards et qui leur fait commettre des actes immoraux. H... s'est masturbé, et l'envie, dit-il, le prenait tout à coup. Le fait d'obéir à cette envie était-il sous l'influence d'une impulsion irrésistible, au point de satisfaire cette envie même en public ? Sur ce point je serai moins affirmatif que le D<sup>r</sup> D... L'excitation génésique existe chez le prévenu et persiste encore aujourd'hui, car, depuis que les poursuites ont eu lieu, malgré l'ennui que ces poursuites lui ont causé, il n'a pas pu résister entièrement à son penchant pour l'onanisme. Seulement, il a, m'a-t-il dit, eu la précaution de s'enfermer chez lui.

Ce qu'il pouvait faire après que les poursuites ont été intentées, il le pouvait certainement avant, et c'est ce qui le différencie des aliénés qui ont perdu tout sentiment de la pudeur. On doit tenir compte de ce fait qu'on a affaire à un homme affaibli physiquement et

moralement, et chez lequel la résistance aux impulsions est moins vive. Cela constitue en sa faveur une notable atténuation de la responsabilité. Le D<sup>r</sup> D... avait d'ailleurs fait une réserve lorsqu'il a dit en terminant son certificat que H... ne saurait être considéré comme responsable « au moins entièrement ».

Le cas suivant présente de grandes analogies avec celui que je viens de citer. Les faits incriminés présentent quelques variantes; le prévenu; poursuivi pour attentats à la pudeur, était un homme de près de soixante-quatorze ans.

Q... était un homme de taille moyenne, se tenant bien droit, paraissant avoir conservé sa vigueur physique, se montrant expansif et causant volontiers. Il était accusé d'avoir attiré chez lui, à de nombreuses reprises, une petite fille âgée de moins de treize ans, d'avoir pratiqué sur elle des attouchements aux parties génitales, de s'être fait masturber par elle et de s'être livré à divers actes impudiques avec elle.

Dans son interrogatoire devant le juge d'instruction, Q... répondit : « J'avoue le mal que j'ai pu commettre « vis-à-vis de la jeune D..., mais j'affirme lui avoir fait « plus de bien que de mal, car je lui ai sauvé plusieurs « fois la vie quand elle mourait de faim et de froid. Je « n'ai pas toujours ma tête à moi et j'ai des moments « d'hallucination. Il y a quelques années, à la suite de « fièvres, j'ai été très malade et j'ai manqué mourir à « l'hôpital. J'avais perdu la tête et il m'en est resté « quelque chose depuis cette époque. »

Lorsque j'ai examiné le prévenu, j'ai trouvé un homme très loquace, cherchant à atténuer l'accusation portée contre lui. D'après son dire, s'il avait reçu chez lui la jeune D..., c'était par bonté d'âme. Cette enfant, disait-il, n'avait pour la soutenir qu'une grand'mère très

âgée, toujours alitée, et dans une misère profonde. La petite D... venait dire qu'il n'y avait à la maison ni pain, ni feu, ni lumière, et c'est ainsi qu'il lui a donné un peu d'argent et diverses choses. Il reconnaît qu'il a passé la main sous les jupons de la petite fille, et que, deux fois, il a gardé l'enfant chez lui, qu'elle a couché chez lui. Il a prétendu que c'est sur la demande de celle-ci qu'il l'a reçue dans son lit et il s'est défendu très vivement d'avoir pratiqué sur elle « l'œuvre de chair ». Il donnait comme preuve de ce qu'il avançait, qu'il était impuissant depuis plusieurs années.

J'ai recherché quelle était la maladie dont il prétendait avoir été atteint il y a quelques années et à la suite de laquelle il aurait perdu la tête. Il n'a pu me donner que des renseignements très vagues. Il a parlé de fièvres dont la nature aurait beaucoup étonné le médecin, qui auraient été considérées comme très graves. Il a ajouté qu'il avait failli en mourir. Mais si je n'ai obtenu de lui que des renseignements vagues, il est résulté de ses explications que la maladie en question remontait environ à trente-cinq ans. Or, depuis plus de trente ans, on ne pouvait constater chez lui aucun signe de folie, et il avait été successivement placé dans diverses maisons soit comme cocher soit comme jardinier. Je n'ai trouvé aucun indice que pendant cette période il ait jamais eu d'hallucinations.

Les organes génitaux ne présentaient aucune anomalie. Je n'ai pu reconnaître s'il était impuissant comme il le prétendait.

J'ai apprécié ainsi son état mental : Q... arrive à l'âge de soixante-quatorze ans sans autre infirmité apparente qu'une certaine surdité. Il a conservé une vigueur physique qui lui a permis d'exercer jusqu'à présent son métier de jardinier. Il n'a pas de délire, et, ce qu'il dit des compères qui seraient cause de son arrestation, ne

peut pas être considéré comme du délire de persécution. En procédant par exclusion, on ne trouve chez lui aucun symptôme d'une forme aiguë de folie. Les actes incriminés n'ont pas le caractère d'actes commis sous l'influence d'une impulsion irrésistible. Les attouchements ont été répétés, et le fait de garder une petite fille dans son lit pendant toute une nuit n'a pas le caractère d'un acte impulsif dont la durée est nécessairement limitée. Mais il convient de remarquer que si Q... n'est atteint d'aucune forme aiguë de folie, son intelligence a baissé, son sens moral s'est affaibli. Malgré la conservation de sa vigueur physique, on peut dire que c'est un vieillard. On trouve chez lui, comme signe de sénilité, la diminution de la mémoire, une certaine vantardise, un certain degré d'enfantillage, l'affaiblissement du sens moral, une certaine insouciance, on pourrait presque dire une certaine inconscience des charges qui pèsent sur lui. Le fait de s'être livré à des actes impudiques sur une petite fille ne paraît pas avoir à ses yeux une grande gravité, du moment qu'il n'a pas pratiqué le coït avec introduction complète du membre viril.

Il est d'observation courante que les vieillards ont parfois des tendances érotiques et que la force de résistance à ces tendances est diminuée. Tel paraissait le cas pour Q... Le vieillard, dont l'intelligence baisse, n'arrive pas d'emblée à ce que, dans le monde, on appelle l'enfance, et dans le langage médical la démence sénile.

J'ai terminé mon rapport en disant : « Peut-on dire aujourd'hui que Q... est un dément sénile dont l'état de démence permettrait le placement dans un asile d'aliénés ? Je ne le pense pas. S'il n'a pas pour lutter contre des tendances érotiques la force de résistance d'un adulte, il n'a pas perdu la conscience de ses actes et ne peut pas être considéré comme irresponsable.

L'excuse invoquée par lui qu'il n'a pas sa tête à lui paraît être un simple moyen de défense, et on ne peut pas admettre, comme influant sur son état mental actuel, la fièvre dont il a parlé et qui remonterait à environ trente-cinq ans.

« En résumé, ce n'est pas un irresponsable, mais il y a lieu de tenir compte, dans l'appréciation de son degré de responsabilité, de l'affaiblissement intellectuel tenant à son âge. »

\*  
\* \*

Cette revue est le début d'une série d'études ayant pour objet la médecine légale, et s'appuyant toujours sur des faits. Nous cherchons à grouper les cas ayant entre eux des analogies, et l'analyse succincte des rapports nous permet d'apporter tout un recueil de faits, alors que la publication *in extenso* de tous les rapports serait impossible ici, et certainement sans grand intérêt, à cause de redites inévitables.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1907.

Présidence de M. DENY.

*Suite et fin (1).*

**Maladie de Basedow et psychose maniaco-mélancolique,**

par MM. RENÉ CHARPENTIER et PAUL COURBON,  
médecins-adjoints

à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Dans une étude sur les troubles psychiques et les hallucinations dans la maladie de Basedow, le professeur Joffroy, après avoir envisagé les cas dans lesquels les troubles psychiques et les hallucinations semblent être en rapport direct avec l'affection thyroïdienne, ajoutait :

« La maladie de Basedow peut se développer chez  
« des malades atteints antérieurement d'aliénation  
« mentale et provoquer l'exacerbation ou la réapparition des troubles psychiques. Dans ce cas, la folie ne  
« peut pas être considérée comme symptomatique de  
« la maladie de Basedow, mais constitue une affection  
« surajoutée à la première (2). »

Sous l'influence de la faveur scientifique des théories pathogéniques invoquant les causes toxi-infectieuses, beaucoup furent tentées, à la suite des articles et des

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1908.

(2) Joffroy. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1890, et *Annales médico-psychologiques*, 1890.

observations de Rendu (1), Ball (2), Jacquin (3), Toulouse (4), Joffroy, Buchau (5), Soukhanoff (6), Austin (7), Devay (8), Taubmann, (9), Richardson (10), de ne voir dans les troubles psychiques des basedowiens qu'une des conséquences des modifications circulatoires et des troubles fonctionnels thyroïdiens de l'affection.

Mais il est des cas où il ne peut s'agir que d'une association morbide, association dans laquelle le syndrome de Basedow donne parfois une physionomie particulière aux troubles mentaux concomitants (Savage (11), Bædeker (12), Ball, Taubmann, Joffroy, Raymond et Sérieux (13-14), Parhon et Marbe (15)).

Dans un article récent, Dromard et Levassort (16) vont plus loin et tendent à considérer le syndrome basedowien d'une part et la psychose para-basedowienne d'autre part comme deux manifestations de la dégénérescence. Leur coïncidence n'a dès lors plus rien de surprenant puisqu'elles relèvent d'une cause commune.

Parhon et Marbe, envisageant la grande fréquence des formes maniaques et mélancoliques dans la maladie de Basedow, sont conduits à se demander si certaines de ces psychoses maniaco-mélancoliques ne reconnaissent

(1) Rendu. Goitre exophtalmique. *Dict. de Dechambre*.

(2) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1890.

(3) Jacquin. Goitre exophtalmique et aliénation mentale. *Thèse de Montpellier*, 1890-91.

(4) Toulouse. *Gazette des hôpitaux*, 1892.

(5) Buchau. Cité par Taubmann.

(6) Soukhanoff. *Revue neurologique*, 1896.

(7) Austin. Troubles psychiques d'origine thyroïdienne. *Thèse de Lyon*, 1896-1897.

(8) Devay. *Echo médical de Lyon*. 1889.

(9) Taubmann. Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow. *Thèse de Paris*, 1903.

(10) Richardson. Basedow's disease as a cause of insanity. *Bull. of Mount Hope Retreat laboratory*, 1900 (In *Revue neurologique*, p. 747, 1902).

(11) Savage. *Guy's Hospital Reports*, 1883.

(12) Bædecker. *Charité Annalen*, 1889.

(13) Raymond et Sérieux. *Revue de médecine*, 1892.

(14) Raymond. *Journal de médecine interne*, 1902.

(15) Parhon et Marbe. Contribution à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow. *Encéphale*, 1906, n° 5.

(16) Dromard et Levassort. Dégénérescence mentale et maladie de Basedow. *Archives de neurologie*, janvier 1906.



pas pour cause une perturbation dans les fonctions de la glande thyroïde et ne sont pas en rapport avec la dysthyroïdisation. La fréquence de ces associations fait penser à une communauté de causes.

Les troubles de la nutrition générale, les troubles vaso-moteurs de la psychose maniaque dépressive; le rôle important que joue le corps thyroïde dans les échanges nutritifs; le fait que les états d'agitation et de dépression se trouvent isolément ou alternativement au cours de l'évolution du goitre exophtalmique sont autant de raisons qu'invoquent ces auteurs. Cette cause pourrait être rapprochée des causes occasionnelles telles que l'évolution pubérale, la grossesse, l'état puerpéral, la ménopause, les irrégularités menstruelles, relevées par MM. Deny et Camus à l'actif de la psychose maniaque dépressive.

Aussi séduisante que puisse être cette hypothèse, ce n'est qu'une hypothèse et il faudrait un grand nombre de faits pour la justifier. L'observation suivante, dans laquelle le début de la psychose maniaque dépressive précéda l'apparition du syndrome basedowien, prête à plusieurs considérations.

La malade B..., Jeanne, âgée de vingt-trois ans, ouvrière en tulle, est entrée à l'asile le 13 mai 1903.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Le père de la malade est vivant. Agé de cinquante-deux ans, il paraît bien portant, mais serait cependant atteint depuis la naissance de Jeanne d'insomnie persistante. Cet état semble entretenu par sa profession de « tulliste » qui l'empêche d'avoir des heures de sommeil régulières, car il est une semaine « de jour » et une semaine « de nuit ».

La mère est morte, il y a douze ans, en 1895, à quarante et un ans, de méningite tuberculeuse survenue au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Un frère aîné, âgé de trente ans, marié depuis un an, n'a pas d'enfant et paraît bien portant. Cependant il a eu des convulsions dans l'enfance et est strabique.

Une sœur, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis un an, n'a pas d'enfant. Elle n'a jamais eu de convulsions, ni de crises nerveuses, mais est très impressionnable et très coléreuse.

B..., Jeanne, est la troisième enfant.

Un frère, âgé de vingt et un ans, actuellement au service militaire, est bien portant, mais très nerveux, très irritable. Il n'a jamais eu de crises de nerfs.

Pas de renseignements sur grands-parents, oncles, tantes, etc.

**HISTOIRE DE LA MALADE.** — Bronchite dans l'enfance. Chorée de Sydenham à sept ans avec mouvements intenses, fréquents et généralisés : cette chorée persista jusqu'à l'âge de neuf ans.

A dix ans, la malade présenta pendant quelques mois de l'amblyopie. « J'avais, dit-elle, comme un voile devant les yeux. »

A quatorze ans et demi, B..., Jeanne, fut réglée pour la première fois. Les règles furent dès le début irrégulières.

Elle était intelligente, travaillait bien à l'école et obtint à onze ans le certificat d'études primaires. Elle fut toujours très émotive, très impressionnable, mais douce, affectueuse.

A quinze ans, elle se mit à travailler comme apprentie en tulle. Elle fit alors preuve d'instabilité, commença par « échantillonner », puis demanda à être employée au « pliage », puis au « raccommodage », pour revenir ensuite au « pliage », toujours sur sa demande.

C'est à ce moment aussi que, pour la première fois, la malade présenta de la tristesse, du découragement. Elle voulait mourir parce que « sa grand'mère avait l'air de lui dire qu'elle n'avait pas de courage à travailler », et qu'à ce moment elle ne pouvait trouver d'ouvrage. A quinze ans, sous prétexte de détacher une robe, elle aurait acheté du « sel d'oseille » chez le pharmacien pour se tuer, mais sa grand'mère le lui enleva. Cet état persista avec des alternatives d'amélioration et de dépression, et à dix-sept ans et demi, sous l'influence de ces idées, elle quitta sa grand'mère, qui, dit-elle, « avait mauvais caractère et n'était jamais contente », pour revenir habiter avec ses parents.

Là, son père et sa belle-mère ne savaient que faire, dit Jeanne, pour lui être agréable et, « malgré cela, j'avais des idées tristes et je ne tenais plus à la vie ». Elle était toujours mélancolique, ne voulait pas s'amuser, refusait d'accompagner sa sœur au bal. Ses seules sorties étaient pour aller le dimanche au cimetière pleurer sur la tombe de sa mère.

Dès l'enfance, B... fut très impressionnable et très émotive. A neuf ou dix ans, elle avait peur de tout et de tous. A quatorze ans, elle eut une violente peur pour avoir entendu miauler des chats dans un grenier. « Il me semblait qu'il y en avait plein le grenier. » A vingt ans, elle fut un jour très effrayée

pour avoir rencontré un homme ivre et rentra en courant chez elle en proie à une très vive émotion.

La santé physique était bonne. Ses règles étaient très irrégulières, venant tous les trois ou six mois environ, et étaient en général peu abondantes. L'état mental de la malade aurait été un peu amélioré au moment des règles.

A dix-huit ans, on s'aperçut que la malade avait un ténia.

A dix-neuf ans, on remarqua que son cou grossissait et que ses yeux devenaient saillants. A la même époque, B..., Jeanne, présenta des accès de palpitations sans cause apparente.

Au mois de mai 1903, elle avait alors dix-neuf ans et demi, la malade s'aperçut « qu'elle ne raisonnait plus comme avant », elle disait à sa belle-mère qu'elle allait devenir folle. Brusquement, le 18 avril 1903, son état s'aggrava, et B..., Jeanne, présenta un accès d'agitation maniaque, avec cris, chants, désordre des idées et des actes, irritabilité. Elle frappait son entourage, et son père alla demander son internement, le 30 avril 1903, au commissaire de police, chez lequel il dicta et signa le procès-verbal suivant : « Ma fille Jeanne, âgée de « vingt ans, est tombée dans une faiblesse, le samedi 18 cou-  
« rant, à son atelier chez M. G..., rue N...; ses compagnes  
« l'ont ramenée à mon domicile, et, depuis lors, elle a le cer-  
« veau dérangé.

« Elle n'a plus de volonté, elle ne veut plus travailler, se  
« couche plusieurs fois par jour, se lève en chemise et se pré-  
« sente dans cette tenue devant nous, se livre sur elle-même à  
« des actes contre nature en notre présence et demande même  
« à sa mère ou à moi qu'on la satisfasse, c'est-à-dire qu'on la  
« masturbe. »

(30 avril 1902. Commissariat de police du 1<sup>er</sup> arrondissement. Ville de Calais.)

Elle dit avoir eu à ce moment des hallucinations visuelles, avoir « vu sa mère, des chats, etc... ».

Elle fut conduite à l'hôpital de Calais où, le 4 mai 1903, le Dr Devot, médecin de l'hospice, demanda son transfert à l'asile d'aliénés et rédigea, à cet effet, le certificat suivant :

« Alternatives de dépression et d'excitation cérébrale, avec  
« délire maniaque, liés à une excitation génésique qui la porte  
« à se découvrir, lui fait perdre tout sentiment de pudeur et la  
« porte à pratiquer sur elle-même des attouchements vulvaires  
« et des frictions dans le but de se procurer des sensations  
« érotiques. »

Elle fut admise à l'asile le 13 mai 1903 ; cet état d'agitation maniaque persista pendant quinze jours. On s'aperçut que la malade se masturbait sans cesse (elle avait les mains remplies de sang), appelant son amant et se roulant par terre en disant

qu'elle voulait avoir un enfant. Pendant le même laps de temps, elle présenta de l'irritabilité, se mettait en colère, frappait, et, avec ces symptômes d'agitation, coïncidèrent des idées mélancoliques qui aboutirent à une tentative de suicide. La malade tenta de s'étrangler avec son mouchoir. La coexistence des phénomènes d'excitation et des phénomènes de dépression est ici manifeste et sans qu'on puisse dire lesquels étaient prédominants, puisque si, d'une part, l'agitation, la violence et les manifestations érotiques furent les phénomènes les plus constants, d'autre part, au cours de ce même accès, les phénomènes dépressifs furent trop réels, qui aboutirent à une tentative de suicide.

Au bout d'une quinzaine, l'état d'agitation diminua, l'état mental de la malade s'améliora peu à peu. Son état physique fut également amélioré par l'expulsion du ténia. Les symptômes basedowiens continuèrent à évoluer, le cou augmentant de volume, les palpitations restant fréquentes et l'exophtalmie s'accroissant.

Au mois de septembre 1903, la malade, calme, commença à travailler à la buanderie. Elle travailla régulièrement, passa de la buanderie au repassage en mars 1904 et, le 7 mai 1904, obtint une sortie d'essai (ces sorties étant accordées par la Préfecture du Pas-de-Calais) avec le certificat suivant :

« Est dans un état mental assez satisfaisant pour pouvoir  
« être rendue à sa famille, qui la réclame, et prie M. le préfet  
« de vouloir bien lui accorder un congé de deux mois à titre  
« d'essai.

« D<sup>r</sup> G. CORTYL. »

Un mois après, le 8 juin 1904, B..., Jeanne, présentant un *état d'agitation* maniaque rendant impossible son séjour au dehors, fut réintégrée à l'asile. Cet accès dura environ trois semaines.

Le 20 juin déjà la malade était moins excitée et, peu de temps après, elle se calma et se mit au travail.

En 1905, la malade présenta divers *accès de dépression*, au cours desquels elle fit plusieurs tentatives de suicide.

En mai 1906, nouvel *accès d'agitation* qui dura environ six semaines. La malade fut ensuite calme et travailla régulièrement jusqu'en octobre 1906, où un nouvel *accès mélancolique* avec idées d'indignité et de culpabilité (« Je mérite la mort la plus malheureuse..., j'ai tout fait... ») fut cause d'une nouvelle tentative de suicide. Cet accès fut de courte durée puisqu'en novembre 1906 la malade, calme, se remit au travail.

Au mois de janvier 1907, nouvel *accès mélancolique* avec deux tentatives de suicide, l'une par pendaison, l'autre par

précipitation dans un égout. Cet accès dura environ six semaines, et, en mars 1907, la malade était assez bien portante pour obtenir un congé d'un jour.

Par conséquent, les accès d'agitation et de dépression, généralement de courte durée (de quinze jours à six semaines au maximum) et séparés par des intervalles sains, alternèrent pendant cette période. Au début de chaque accès de dépression, B..., Jeanne, faisait des croix sur les murs (croix destinées à être mises sur son cercueil), et ce signal-symptôme mettait l'entourage en garde contre les réactions-suicides répétées de la malade. L'intervalle sain le plus long fut de sept mois.

Vers le mois d'avril 1907, on nota une diminution appréciable de l'exophtalmie et du volume du goître.

Cette diminution s'accrut en juin. L'état mental de la malade était satisfaisant, lorsqu'en juillet 1907, elle eut un accès mélancolique avec tentative de suicide qui ne dura que quelques jours. Le 3 juillet 1907, ainsi qu'au début de chaque état dépressif, B..., Jeanne, allait et venait dans la salle, faisant des croix sur les murs. Elle se plaignait de perdre la mémoire. Puis elle s'élança sur l'armoire aux poisons et, ne réussissant pas à l'ouvrir, tenta de prendre un couteau tandis qu'on se précipitait vers elle. Le lendemain, elle chanta et rit toute la journée, disant cependant par instants : « Toutes « sortes d'idées me passent par la tête : je pense toujours à la « mort » et se plaignant de céphalée. Le 5 juillet, la malade est très déprimée, dit qu'elle veut mourir : « Je souffre de « partout, du cœur, de la tête, et je suis à charge aux autres. « Je serais bien plus heureuse si j'étais morte. » Le 7 juillet, elle fut assez agitée, présenta de la loquacité, du verbiage, parlait de Solférino, des Mahométans, de l'Autriche-Hongrie, de la guerre entre les nations, protestant qu'elle ne veut de mal à personne. Cet état d'hypomanie s'accompagnait d'idées mélancoliques et d'interprétations délirantes. Entendant sonner à la porte du quartier, elle déclara qu'on venait « pour la « mettre dans le cercueil. Tout le monde sait bien qu'il y a « trop longtemps que je suis sur la terre ». Cet état disparut rapidement pour faire place à un intervalle sain, et B... se remit au travail.

Le 8 août 1907, elle devint triste, inactive, inerte, refusa de travailler et présenta un mutisme presque complet. Elle ne parlait pas spontanément, répondait à peine aux questions, disant au médecin : « Donnez-moi du calomel, beaucoup, pour mourir. » Elle présentait des interprétations et des idées délirantes. « C'est ma condamnation, dit-elle, en voyant la feuille « d'observation, je dois être enterrée vivante, c'était marqué sur « du papier bleu, c'est Dieu qui le veut. Je ne devrais plus

« manger, je mourrais plus vite comme cela. » Elle restait la tête en bas du lit pour mourir, disait-elle, par congestion cérébrale puisqu'on l'empêchait d'en finir autrement. Le lendemain et les jours suivants, elle fut gaie, chantant, riant et... demandant du poison chaque fois qu'on lui adressait la parole. Cet état subsista jusqu'au 15 août. A cette date elle se sentit mieux, déclarant avoir conscience de l'état maladif présenté par elle la semaine précédente. Le 17 août, elle était tout à fait calme, écrivit une lettre à sa famille et se remit à vaquer dans l'asile à ses occupations.

Le 11 septembre 1907, la malade présenta subitement un nouvel accès, de forme *dépressive* cette fois. Très anxieuse, elle tenta à deux reprises de s'étrangler avec un cordon, disant : « Je suis trop malheureuse, je veux mourir, il faut que je réussisse et je réussirai. Depuis la mort de ma mère, je suis trop malheureuse, et je sais qu'il faudra que je souffre pour mourir, que j'aurai une mort terrible. J'aurai le courage de souffrir pour mourir et être débarrassée. »

Le 12 septembre, même état. Les idées de suicide persistent. Le matin, au moment de la visite, B... profite d'un moment où l'infirmière s'éloigne d'elle pour se frapper à plusieurs reprises la tête contre le fer de son lit. Le soir, pleurs, anxiété, idées d'indignité : « Quand serai-je bientôt morte pour ne plus faire attraper les autres ? La religieuse a attrapé l'infirmière parce qu'elle lui avait dit de me laisser les mains libres et qu'elle n'avait pas compris. Je ne vaudrais pas la peine de faire gronder les autres. » Nie toute hallucination, mais véritable obsession suicide : « Quand je suis pour essayer de me tuer, je sens quelque chose qui me pousse, qui me dit que je vais réussir. Je n'entends rien, c'est dans mon esprit que je le sens. » Parle toujours de sa mort qui sera terrible : « Vous en avez de la chance, vous, de pouvoir avoir une mort heureuse. Moi, je sais que j'aurai une mort malheureuse. Et pourtant, je n'ai rien à me reprocher, je n'ai jamais fait le mal. » Ne peut expliquer comment ni pourquoi sa mort sera malheureuse. Elle ne l'a pas entendu dire ; elle le sait. Conscience cependant de son état maladif.

« Oh ! je suis malheureuse, je suis malheureuse, vous ne pouvez pas croire ce que je suis malheureuse. Quand je suis agitée, que je crie, que je chante, que je gesticule, que l'on est obligé de m'attacher, au moins je ne souffre pas, je suis heureuse, je ne suis pas malheureuse comme maintenant. Je voudrais tout le temps être comme cela. » Dit que cette fois-ci, elle ne guérira pas : elle le sait, elle le sent. Elle voudrait voir son père avant de mourir, elle demande qu'on le fasse venir de suite.

Le 13 septembre, la malade, toujours anxieuse, tente de s'étrangler à l'aide d'un mouchoir; un peu plus calme, le soir. Le lendemain, l'anxiété reprend. B... supplie qu'on la tue, refuse de se laisser faire l'injection de chlorhydrate de morphine qu'on lui fait depuis le début des phénomènes anxieux et dit que c'est en plein cœur qu'on devrait la lui faire.

Le 15 septembre, au cours d'un accès d'anxiété, elle se frappe la tête contre la barre de son lit et tente de s'étrangler avec son mouchoir de poche. Le 16 septembre, B... est beaucoup plus calme et, le soir, dit qu'on peut maintenant ne plus la surveiller: « Je ne me ferai pas de mal, cela va beaucoup mieux, mon accès est fini. J'ai été bien malheureuse, j'ai bien plus souffert que les autres fois. Pourvu que cela ne revienne pas. Vous avez bien fait de ne pas faire venir mon père, comme je le demandais. Il aurait été trop malheureux de me voir ainsi. » La malade reste calme et sans anxiété le 17 septembre, et brusquement le 18 septembre, dans la matinée, s'agite, crie, chante à tue-tête, rit, saute dans son lit, demande à se lever. Pendant cette période d'agitation maniaque, comme on lui montre un colis qu'elle a reçu de son père: « Il aurait mieux fait de m'envoyer du poison », déclare-t-elle en fondant en larmes. Puis, aussitôt après, elle se remet à chanter, à rire, à danser, dans son lit. Cet état mixte dure jusqu'au 23 septembre. A cette date, irritabilité, colère, la malade déclare qu'elle ne se laissera pas conduire au bain. L'après-midi elle se calme, va au bain; le 24 septembre, apparaissent les règles de la malade qui n'avait pas été réglée depuis trois mois. Le flux menstruel, habituellement aussi peu abondant qu'irrégulier, est cette fois très abondant et dure deux jours seulement.

La malade calme recommence à s'occuper régulièrement et cet état n'a pas varié depuis un mois.

**SYNDROME BASEDOWIEN.** — *Goitre.* Elargissement de la base du cou avec saillie latérale droite. Goitre de grosseur moyenne, de consistance molle, développé aux dépens du lobe droit.

*Exophtalmie* visible sur la photographie ci-jointe. Fatigue des mouvements oculaires, larmoiement peu marqué. Allongement de la fente palpébrale et occlusion incomplète des yeux (signe de Stelwag), difficulté de la convergence des yeux (signe de Moebius), pas de signe de de Graefe. Myopie.

*Symptômes cardio-vasculaires.* — Le *pouls radial*, pris à diverses reprises, a toujours présenté environ 120 pulsations avec une arythmie légère.

*Cœur*: pointe dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Pas de frémissement, pas de souffle, pas de modifications des bruits du cœur.

*Eréthisme circulatoire* au niveau du creux épigastrique et des carotides.

Au niveau des artères carotides, thrill à la palpation, et, à l'auscultation, propagation des bruits du cœur surtout marquée à droite.

*Tremblement* à oscillations brèves, menues, irrégulières, existant au repos.

Pas de troubles de la sensibilité.

*Troubles vaso-moteurs.* — Bouffées de chaleur. Thermophobie. La malade se plaint souvent aux infirmières de la chaleur : « Même quand je frissonne, je souffre de la chaleur. » Le visage devient rouge, les mains brûlantes.

*Troubles urinaires.* — Pas d'albumine. Traces de sucre.

*Troubles génitaux.* — Dysménorrhée. Règles irrégulières et peu abondantes.

*Troubles respiratoires.* — Accélération des mouvements respiratoires (atteignant souvent 40 par minute).

Pas de signe de Bryson (impossibilité des inspirations forcées).

Pas de troubles digestifs. État général bon.

Le tableau de la psychose maniaque dépressive est ici complet et représenté par des états d'excitation, des états de dépression et des états mixtes, de durée relativement courte (une à plusieurs semaines), fréquemment répétés, avec une tendance à l'alternance des états d'excitation et de dépression qui se mélangent et s'enchevêtrent parfois pour former des états mixtes dans lesquels les symptômes d'excitation et de dépression se juxtaposent au lieu de se succéder.

L'existence de ces états mixtes est trop manifeste dans cette observation, lors de l'entrée de la malade, et lors des accès de juillet, août et septembre 1907, pour qu'il soit besoin d'y insister ici. Dans ces accès, la malade passe de la tristesse à la gaieté et à la colère, ses larmes succèdent à des chants et à des éclats de rire et les tentatives de suicide voisinent avec l'agitation, la violence et les manifestations érotiques.

Ainsi que c'est le cas le plus fréquent, c'est par un accès dépressif que se révéla la psychose, et cet accès dépressif survint au cours de la seizième année. La malade, comme la malade de Dromard et Levassort, est une héréditaire, et son hérédité névropathique se traduisit dès l'enfance par la chorée de Sydenham qu'elle pré-



senta et par les manifestations d'instabilité et d'émotivité signalées dans l'observation. Dans les intervalles des accès se retrouvent ces symptômes d'instabilité, d'impressionnabilité et d'irritabilité.

Mais le premier accès dépressif fut antérieur de quatre ans à l'apparition des premiers symptômes basedowiens ou plutôt au moment où la famille s'aperçut de leur existence. S'il est évident, en effet, que la dysthyroïdisation effectuait déjà son œuvre avant que l'entourage ne s'aperçût des premiers symptômes de la maladie de Basedow, il est probable cependant que l'écart entre le début des troubles et leur constatation ne fut pas de quatre années. Mais ce n'est pas tout. Une amélioration notable, spontanée, du goitre et de l'exophtalmie a été notée par tous ceux qui furent à même d'observer la malade. Cette amélioration fut constatée vers le mois de mars ou d'avril 1907 et s'est maintenue jusqu'à ce jour. C'est depuis cette époque cependant que la malade a présenté des accès dont la durée fut la même que la plupart des accès antérieurs (huit et quinze jours), mais dont la fréquence fut plus grande (juillet, août, septembre), et dont l'intensité, au moins en ce qui concerne l'accès de septembre, fut, de l'avis de la malade et de ceux qui l'observèrent, plus grande qu'elle n'avait jamais été. Il semble difficile de voir là un parallélisme entre la psychose et la maladie de Basedow.

Signalons encore que dès le début la fonction menstruelle s'établit mal et irrégulièrement, que la dysménorrhée persista, ce qui est la règle au cours de la maladie de Basedow, mais qu'elle préexista à cette affection. De telle sorte qu'à moins d'admettre une dysthyroïdisation latente préexistant de cinq ans à l'apparition du goitre et de l'exophtalmie, il est difficile de rattacher la dysménorrhée du début au syndrome basedowien.

Or, l'évolution pubérale et les irrégularités menstruelles ont été signalées, nous l'avons dit, au nombre des causes occasionnelles de la psychose maniaque dépressive.

Les troubles dépressifs ayant suivi de quelques mois seulement l'établissement de la menstruation, il serait plus vraisemblable d'envisager le rôle étiologique de

ces troubles fonctionnels que le rôle étiologique des troubles thyroïdiens.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il nous a paru intéressant de rapporter ici un cas de psychose maniaque dépressive typique, évoluant sur un terrain dégénératif, et au cours duquel apparut un syndrome basedowien postérieur à la psychose, syndrome dont l'amélioration coïncida avec une recrudescence des accès maniaco-mélancoliques.

### Psychose maniaque dépressive et maladie de Basedow,

par M<sup>lle</sup> LANDRY et M. PAUL CAMUS,  
internes des hôpitaux.

Nous croyons intéressant de rapprocher du fait que vient de communiquer M. Charpentier, un autre exemple de la même association morbide : goitre exophtalmique, et psychose maniaque dépressive, que nous observons à la Salpêtrière, dans le service de notre maître, M. Deny, depuis plusieurs années.

La psychopathie de notre malade s'est affirmée jusqu'à présent, par douze accès de dépression, séparés par des accès de sub-excitation ou d'hypomanie, tous survenus dans un intervalle de vingt années, entre vingt-six ans, date du premier accès, et quarante-cinq ans, âge actuel de la malade.

Dans les antécédents héréditaires de M<sup>lle</sup> A..., il n'y a à signaler que le caractère triste et irritable de sa mère et de sa tante. Ses six frères et sœurs sont bien portants.

Cependant, l'histoire personnelle de la malade est assez chargée. Après avoir présenté dans sa première enfance des accidents convulsifs, elle fut sujette de six à douze ans à des lipothymies, et à des syncopes fréquentes : tous les dimanches, à la messe, elle se trouvait mal au moment de l'élévation.

Vers treize ans, alors que s'établissait la menstruation, elle commença une série de crises convulsives qui

duraient très longtemps, et ne s'accompagnaient ni de perte de connaissance, ni de morsure de la langue, ni d'amnésie; ces crises, renouvelées à intervalles irréguliers, ont cessé vers l'âge de vingt-cinq ans, et n'avaient d'ailleurs pas empêché M<sup>lle</sup> A... d'exercer sans discontinuité le métier de couturière.

A la même époque, c'est-à-dire vers treize ou quatorze ans, la malade s'aperçoit d'un gonflement du cou, assez marqué, et peu après, elle fut incommodée de temps en temps par des bouffées de chaleur qui lui montaient au visage, et par des crises d'angoisse. Ces phénomènes, qui persistent encore aujourd'hui, sont manifestement en rapport avec un état basedowien.

Enfin, à vingt-six ans, la malade fut atteinte pour la première fois, à la suite de pertes d'argent, d'un accès de dépression qui n'a pas nécessité l'internement, mais a été suivi à la consultation de la Salpêtrière.

Le deuxième accès survient un an après, et de vingt-neuf à quarante-quatre ans, elle a dix accès semblables, qui reviennent presque chaque année, et toujours à la même époque.

Elle a ainsi séjourné plusieurs fois à Villejuif, à Maison-Blanche, à la Salpêtrière, et c'est à la section Rambuteau que se sont passés les quatre derniers.

Les premières crises de dépression ne duraient que six mois; mais au fur et à mesure que la maladie évoluait, chaque crise s'allongeait, et les dernières ont duré jusqu'à onze mois.

En dehors de cette modification dans la durée, les accès de dépression auxquels nous avons assisté étaient identiques, et d'après ce que nous dit la malade, qui est une femme intelligente, instruite, capable de s'analyser avec finesse, ils étaient semblables aux accès antérieurs. Il nous suffira d'en décrire un.

Ce qui domine dans l'état de M<sup>lle</sup> A..., pendant la période de dépression, c'est l'aboulie, la paralysie de la volonté, l'inhibition psycho-motrice. Tout travail lui devient impossible. Il faut la forcer à se lever, à prendre soin d'elle-même, à s'occuper de sa toilette, à venir à table. Elle passe la journée dans son lit, ou reste immobile sur une chaise, parlant à peine, donnant l'impression d'une très grande lassitude à la fois physique et

mentale. Toute proposition de travail, de lecture est repoussée.

Sur ce fonds de dépression et de découragement, se sont greffées des crises de désespoir assez violentes pour avoir donné lieu à plusieurs tentatives de suicide (pendaison, absorption de laudanum, noyade).

Ces tentatives ne se sont d'ailleurs jamais produites dans le service, où M<sup>lle</sup> A... se sent rassurée et protégée.

Lorsqu'on l'interroge, elle essaie d'expliquer sa conduite par des troubles subjectifs de la sensibilité. Elle a, dit-elle, de la céphalée, et une sensation de lourdeur, de pesanteur dans la tête, la nuque, les jambes. Elle ne parle sans cesse que de son travail, du découragement qui l'envahit, l'accable, de l'impossibilité où elle sera de reprendre ses occupations, de son dégoût d'une existence inactive, de la nécessité d'en finir.

Ainsi, il n'y a point d'idées délirantes proprement dites.

Cette crise finit comme elle commence, assez brusquement, sans cause provocatrice. La sensation de pesanteur s'atténue, son cerveau et ses membres s'allègent, et tout disparaît en deux ou trois jours. Elle travaille aussitôt avec goût et vivacité, heureuse d'être guérie, et demandant à reprendre immédiatement son métier.

En réalité, c'est une période d'excitation qui commence, qui se traduit par de la loquacité, de la hardiesse, de l'optimisme, une activité exubérante, phénomènes dont la nature morbide échappe à la malade, malgré leur contraste avec son caractère antérieur.

Pendant ces accès d'hypomanie, elle travaille avec acharnement, et avec plaisir, se trouve satisfaite de sa clientèle, se croit toujours à la veille d'être nommée première dans une grande maison, accepte légèrement l'idée d'un déplacement, et de fait, elle est allée à Londres, à Bucarest, à la Havane. Elle fait de nombreux projets, convaincue d'ailleurs que ses accès de tristesse ne se renouvelleront pas, et toute son existence est alors embellie et éclairée par une sorte de joie intérieure.

Cependant, la vie de M<sup>lle</sup> A... est assez misérable et

pénible à cause du manque de ressources et de l'irrégularité du travail qu'elle fournit.

De toute cette histoire pathologique, on peut conclure que notre malade est atteinte d'une psychose maniaque dépressive à prédominance d'accès dépressifs.

Au point de vue somatique, elle se présente comme une femme grande, bien constituée, aux traits réguliers, aux yeux un peu saillants, chez laquelle on constate à la partie antérieure du cou, dans la région sous-hyoïdienne, une tuméfaction ovalaire, lisse, régulière, de consistance pâteuse, développée manifestement aux dépens de la glande thyroïde, et soulevée à chaque systole par les artères du cou.

On constate, en outre, une accélération des battements du poulx, qui atteint 100, 110, parfois 120 pulsations à la minute. Il n'y a pas de poulx capillaire, mais l'éréthisme vasculaire est assez accusé.

Il existe enfin un tremblement des doigts régulier, à petites oscillations.

La sensibilité dans tous ses modes est normale. Il en est de même des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires.

Rappelons seulement que notre malade présente des troubles vaso-moteurs très nets. Elle a fréquemment des accès d'étouffement, des palpitations, des bouffées congestives de la face, des alternatives de pâleur et de rougeur avec refroidissement des extrémités.

Tous ces phénomènes sont doublés d'une émotivité exagérée qui s'accompagne souvent de crises angoissantes, liées à une exagération de la tachycardie et du tremblement.

Cette symptomatologie, que nous-mêmes avons observé en 1904, au moment de la première entrée de la malade à la section Rambuteau, ne s'est pas sensiblement modifiée depuis cette époque. Elle nous paraît assez caractéristique, assez permanente, pour nous permettre d'affirmer l'existence d'une maladie de Basedow, dont le début a précédé de plusieurs années celui des troubles mentaux.

Est-ce à dire pour cela que ces troubles sont en rapport avec une perturbation primitive de la fonction thyroïdienne?

Bien que cette hypothèse ait été récemment émise par MM. Parhon et Marbe, nous croyons que la question doit être encore réservée.

### Mélancolie et pouls lent permanent,

par M. RENÉ CHARPENTIER,

Griesinger (1) nota que, dans la mélancolie, le pouls est souvent petit et rare. Féré (2) signala que dans les états de dépression, et c'est aussi l'avis de MM. Deny et Camus (3), on observe presque toujours la faiblesse et la lenteur des pulsations, qui peuvent descendre jusqu'à 30 et 25 par minute. Manheimer (4) a communiqué au Congrès international de Bruxelles (1897) l'observation d'une mélancolique présentant de la bradycardie avec rythme couplé du cœur. Ce dernier auteur est d'avis qu'il s'agit dans ce cas d'ischémie bulbaire par simples troubles vasculaires du bulbe et émet à ce propos l'hypothèse que les troubles respiratoires des mélancoliques seraient peut-être également en rapport avec des troubles vasculaires bulbaires.

L'observation suivante concerne un cas de véritable pouls lent permanent chez un malade entré à l'asile pour un état de dépression mélancolique. Ce malade présente le tableau complet de la maladie de Stokes-Adams : syndrome caractérisé, d'une part, par un *ralentissement permanent* et extrême du pouls ; d'autre part, par des *accidents nerveux*, dont les principaux sont des crises syncopales, épileptiformes ou apoplectiformes, sans paralysie consécutive.

Le malade, P... Emile, camionneur, âgé de cinquante et un ans, entre à l'admission, le 12 novembre 1906, pour un état de

---

(1) Griesinger. *Traité des maladies mentales*, trad. de l'allemand, 2<sup>e</sup> éd., par Doumic. Paris, 1865, p. 274.

(2) Féré. *Pathologie des émotions*, p. 366.

(3) G. Deny et Paul Camus. *La Psychose maniaque dépressive*, p. 30.

(4) Marcel Manheimer. Rythme couplé du cœur et bradycardie chez les mélancoliques (*Congrès international de Neurologie et Psychiatrie*, Bruxelles, 1897).

*dépression mélancolique accompagné d'accidents épileptiformes.*

Il se plaint de crises nerveuses qui survinrent pour la première fois à l'âge de quarante-neuf ans, en juillet 1904 : subitement, en exerçant sa profession, il perdit connaissance, alors qu'il était occupé à charger une voiture à la gare du Nord. Il ne reprit connaissance qu'à son domicile, où des assistants le portèrent, et attribua ce malaise à la chaleur. A partir de ce moment, les crises, bien que peu fréquentes, se reproduisirent, et le malade cessa de travailler. Il fut examiné, à cette époque, à l'hôpital Lariboisière, où il vint se faire soigner dans les services de M. Galliard et de M. Landrieux, par M. Blondin, qui publia l'observation du malade (1) et décrit ainsi les accidents qu'il présentait alors :

« Les crises ont toujours été épileptiformes, jamais syncopales, il les sent venir et peut toujours, sinon les éviter, du moins les annoncer : il a des sensations de brûlure épigastrique, de cuisson au niveau des doigts, des battements dans les oreilles ; il profère une plainte, peut appeler à l'aide, et dire même : « Voilà que ça va me prendre », puis la crise se déroule.

« Contractions toniques très courtes, convulsions cloniques dans les membres, accélération respiratoire, les yeux restant ouverts et fixes, le visage coloré. Après une perte de connaissance très courte, parfois incomplète, la crise cesse, après avoir duré une minute ou une minute et demie. A la cyanose du visage succède une pâleur persistant un peu plus longtemps : jamais il ne s'est mordu la langue ; jamais on n'a observé d'émission involontaire des urines ou des matières fécales.

« Au début, ces crises étaient mensuelles ou bi-mensuelles, puis elles sont devenues fréquentes, et, pendant son séjour à l'hôpital (février 1906), il en a d'abord eu trois ou quatre, puis jusqu'à vingt et même jusqu'à vingt-cinq dans les vingt-quatre heures. »

Ces crises disparurent à l'occasion de vigoureux stypages pratiqués avec du chlorure de méthyle sur la région précordiale, et le 16 avril le malade sortit de l'hôpital, n'ayant plus de crises depuis un mois.

P... recommença à travailler, mais les crises revinrent, et lorsque le malade entra à l'asile, le 12 novembre, il avait eu sept accès pendant les deux derniers mois, et les soucis justifiés que sa santé lui inspirait, joints à son incapacité de travail, avaient déterminé un état de découragement et de dépression mélancolique qui nécessitait son entrée à l'asile, où il fut admis par M. Magnan avec le certificat suivant :

---

(1) Blondin. Notice sur un cas de maladie de Stokes-Adams (*Progrès médical*, 26 mai 1908, p. 321).

« Dépression mélancolique avec accidents épileptiformes précédés d'auras gastriques douloureuses avec troubles vasomoteurs. Alcoolisme ancien. »

Le lendemain de l'entrée, le malade présente un de ces accidents. L'accès débute par une sensation douloureuse qui, de la région abdominale, gagne la région épigastrique et la tête. Le malade perd complètement connaissance et tombe à terre, à l'endroit où il se trouve. Dans des accès analogues, il s'est blessé plusieurs fois en tombant. Les convulsions toniques et cloniques prédominent à droite, et l'accès est suivi d'un temps d'obnubilation passagère durant quelques minutes pendant lesquelles le malade ne reconnaît personne autour de lui. Il a, dit-il, les « yeux brouillés » et des bourdonnements dans les oreilles. L'accès, proprement dit, a duré cinq à vingt secondes. Pas de morsure de la langue. Pas de troubles sphinctériens.

Le malade présente en outre une remarquable *lenteur du pouls*. En 1905, à l'hôpital Lariboisière, on avait remarqué cette lenteur du pouls et, en février 1906, le nombre des pulsations radiales fut noté à 20 par minute environ, puis entre 17 et 20, et s'abaisa même jusqu'à 13 par minute au commencement de mars 1906.

Une élévation thermique à 40° due à une amygdalite lacunaire ne fit pas varier la fréquence du pouls (1), qui cependant, sous l'influence du premier stypage, s'éleva à 60 pendant une matinée pour redescendre le soir même à 35. Les stypages ultérieurs n'eurent d'ailleurs pas le même résultat et, sous leur influence, le pouls s'éleva à 30 et 37 pulsations sans dépasser ce dernier chiffre.

Le 12 novembre 1906, jour de l'entrée du malade à l'asile, on trouve 17 à 19 pulsations par minute.

La tension sanguine au sphygmomanomètre de Potain égale 21 à 22.

Le cœur paraît de volume normal.

On ne constate à l'auscultation ni souffle, ni arythmie et

---

(1) MM. Triboulet et Gougerot ont publié l'observation d'une malade de soixante-dix-neuf ans présentant un pouls lent permanent, dont le nombre de pulsations passa de 36 à 80 à l'occasion d'une pneumonie, puis revint à 36 pendant le cours de l'action fébrile, passa brusquement à 80 au moment de la défervescence, et au troisième jour de celle-ci revint à sa normale : 36.

Chez la même malade, à l'occasion d'un ictère catarrhal, l'artère radiale, fait paradoxal, présenta 72 à 76 pulsations au moment du maximum de l'ictère.

H. Triboulet et M. Gougerot. A propos d'un cas de pouls lent, dit « permanent ». *Archives générales de médecine*, 9 octobre 1906, p. 2579.



l'on est immédiatement frappé par la lenteur des contractions cardiaques. On note seulement irrégulièrement quelques systoles en écho, contractions cardiaques avortées.

Les artères sont un peu athéromateuses, la temporale est sinueuse.

Le poumon droit est normal. Le poumon gauche présente au sommet une légère submatité, une légère exagération des vibrations thoraciques et de la diminution du murmure vésiculaire.

L'appétit est mauvais. Pas de vomissements.

L'examen de la région hépatique ne révèle rien d'anormal.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, et le liquide céphalo-rachidien retiré par M. Blondin dans un but thérapeutique et examiné par lui, ne contient aucun élément figuré (le résultat thérapeutique fut nul).

La température centrale à l'entrée est de 36°9 le soir, 36°8 le matin.

Les antécédents héréditaires de P... n'apprennent rien. Son père est mort d'accident; il ne sait comment est morte sa mère, mais personne dans sa famille n'a présenté d'accidents nerveux ou mentaux.

Quant à P..., il déclare s'être toujours bien porté jusqu'en juillet 1904. Il a fait cinq années de service militaire, nie tout accident syphilitique et n'en présente d'ailleurs aucun stigmate.

Aucun traumatisme ne peut être incriminé. P... reconnaît avoir bu beaucoup, surtout du vin et de l'absinthe, mais depuis deux ans, il ne buvait que très peu de vin et du café avec de l'eau. Il présente du tremblement léger des doigts, de l'insomnie et rêve, dit-il, dès qu'il sommeille, sans pouvoir se rappeler ces rêves.

Deux jours après son entrée, le 14 novembre, le malade présenta 9 crises épileptiques dans les vingt-quatre heures et prit 3 grammes de bromure de potassium et 2 grammes de chloral. Il était très anxieux et se plaignait surtout de l'insomnie.

Le 15 novembre : le matin, pouls, 21 ; température, 36°6 ; mouvements respiratoires, 24 ; 4 crises diurnes.

Le soir : pouls, 17 ; température, 37°3 ; mouvements respiratoires, 24 ; 9 crises nocturnes.

Le lendemain 16 novembre matin : pouls, 22 ; température, 36°6 ; mouvements respiratoires, 24 ; 6 crises diurnes.

Le soir : pouls, 19 ; température, 37°1 ; mouvements respiratoires, 23 ; 4 crises nocturnes.

Le 17 novembre matin : pouls, 23 ; température, 36°7 ; mouvements respiratoires, 25 ; 5 crises diurnes.

Le soir : pouls, 23 ; température, 37° ; mouvements respiratoires, 5 ; 5 crises nocturnes.

Le 18 novembre, les crises augmentent et le pouls se ralentit

Matin : pouls, 17 ; température, 36°9 ; mouvements respiratoires, 24 ; 9 crises diurnes.

Soir : pouls, 16 ; température, 37°1 ; mouvements respiratoires, 25 ; 6 crises nocturnes.

Soit : 15 crises en vingt-quatre heures.

Le 19 novembre, les crises deviennent subintrantes avec perte de connaissance, respiration stertoreuse, convulsions toniques et cloniques généralisées, émission d'urine et de matières fécales et le malade présente un véritable état de mal.

Le matin, la température est à 37°9 ; on trouve 12 pulsations et 24 mouvements respiratoires à la minute.

Le soir, l'état de mal persiste, la température descend à 37°6 et les mouvements respiratoires sont au nombre de 26 par minute. Quant au pouls, il présente alors les modifications suivantes :

Pris successivement sans interruption, il présente d'abord 4 pulsations à l'artère radiale en 30 secondes, puis dans les 15 secondes suivantes et ensuite de 15 secondes en 15 secondes, 19, 18, 15 puis 3 pulsations, soit 55 pulsations irrégulièrement espacées en une minute.

Deux minutes plus tard, on trouve 8 pulsations en une minute.

Le malade présente en outre des vomissements.

L'état de mal persiste, et le 20 novembre au matin l'examen du pouls donne les résultats suivants en deux séries.

Chaque série est composée de chiffres évaluant le nombre des pulsations de 15 secondes en 15 secondes :

1<sup>re</sup> série : 20, 18, 15, 1, 0, 0, 1.

2<sup>e</sup> série : 20, 20, 17, 15, 1, 0, 0, 1, 12, 22 (quelques minutes plus tard).

Il est à remarquer combien ces séries sont superposables et cette arythmie semble rythmée.

Le nombre des mouvements respiratoires augmente avec la diminution du nombre des pulsations. La respiration devient alors bruyante pour s'apaiser et diminuer à nouveau à mesure que le nombre des pulsations augmente. Il se produit jusqu'à 32 mouvements respiratoires en une minute.

Le malade meurt à une heure de l'après-midi sans que cet état ait changé.

L'autopsie, faite vingt-cinq heures après la mort, donne les résultats suivants :

1° THORAX. — Le poumon droit pèse 670 grammes. Anthracose pulmonaire. Congestion de la base.

Le *poumon gauche* pèse 600 grammes. Tubercules anciens crétaçés avec quelques adhérences pleurales. Anthracose. Congestion de la base.

Le *cœur*, vidé de ses caillots, pèse 510 grammes. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Valvules suffisantes. Quelques plaques d'athérome au niveau des valvules aortiques et de la crosse de l'aorte.

2° **ABDOMEN.** — Le *foie* pèse 1.570 grammes. Quelques plaques de péri-hépatite à la partie supérieure, aspect légèrement décoloré par places, dur à la coupe, aspect gras, cireux, luisant et congestionné.

La *rate*, petite, scléreuse, pèse 15 grammes.

Le *rein droit* pèse 150 grammes et le *rein gauche* 140 grammes.

Les reins présentent des adhérences de la substance corticale à la capsule, se décortiquent mal et paraissent un peu congestionnés.

On trouve dans le *péritoine* environ 200 grammes de liquide d'ascite.

3° **ENCÉPHALE.** — La *pie-mère* est très congestionnée et opalescente par endroits; les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Il existe des suffusions sanguines au niveau des lobes frontal, pariétal et temporal de l'hémisphère cérébral droit, à l'exception des parties supérieures des lobes frontal et pariétal (circonvolutions frontale et pariétale supérieures et quart supérieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes). Des suffusions sanguines analogues recouvrent le lobe frontal et le lobe pariétal de l'hémisphère gauche. Par places, athérome très marqué des artères de la base et de la région sylvienne.

Cervelet, bulbe . . . . .	145 grammes.
Hémisphère gauche . . . . .	495 —
Hémisphère droit . . . . .	495 —

Total . . . . . 1.135 grammes.

Pas d'adhérences méningo-corticales. Pas de lésions macroscopiques de la convexité. Sur la coupe de Flechsig, piqueté hémorragique de la substance blanche.

4° La *moelle* pèse 38 grammes revêtue de ses méninges. Elle paraît congestionnée. Pas de lésions macroscopiques.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE a été fait par M. le Dr Vigouroux, à son laboratoire de l'Asile de Vacluse (Seine-et-Oise).

**HÉMISPHERES CÉRÉBRAUX.** — *Au Nissl.* — Les cellules pyramidales ont leur noyau et leur forme conservés. Les corps chromatiques sont nettement visibles. Certaines cellules sont

très pigmentées ; le pigment est situé à la base ou quelquefois autour du noyau.

A l'hématoxyline-éosine. — Les méninges sont peu épaissies, les vaisseaux congestionnés ; il n'y a pas d'inflammation. Il existe du sang épanché entre la pie-mère et l'écorce. Dans le cortex et le centre ovale les vaisseaux sont congestionnés, mais il n'y a pas de lésions interstitielles.

Au Weigert. — Les fibres de la couronne rayonnante sont bien colorées. Les fibres transversales de Baillarger sont normales. Dans certaines coupes, les fibres tangentielles de Tuzek n'ont pas conservé la couleur hématoxylinique.

MOELLE. — (Cervicale, dorsale, lombaire).

A l'hématoxyline-éosine, au Weigert, au Nissl. — Pas de lésions.

PROTUBÉRANCE. — Pas de lésions.

BULBE. — *Coupe au niveau des tubercules latéraux du quatrième ventricule correspondant à la coupe H G du « Traité de Dejerine ».*

La coupe, légèrement oblique, présente d'un seul côté des stries acoustiques qui longent le plancher du 4<sup>e</sup> ventricule (Weigert-Pal).

Les cellules (neuro-épithéliales) épendymaires ne forment pas de granulations nettes, mais elles ont proliféré dans la profondeur du bulbe et, du côté de l'angle externe gauche, on trouve des amas de cellules cubiques qui, sur d'autres coupes, se continuent sans interruption avec la coupe épendymaire.

La couche sous-épendymaire ne renferme pas de noyaux d'origine (le noyau de la IX<sup>e</sup> paire paraît à peine à ce niveau) ; elle est remplie de cellules névrogliales dont on voit les noyaux, le corps en araignée et les prolongements.

Cette sclérose névrogliale occupe toute la partie située entre la substance réticulée grise et les stries acoustiques.

Du côté gauche, dans cette zone névrogliale apparaissent deux vaisseaux très congestionnés présentant de la péri-artérite et des parois se colorant très mal.

De plus, du même côté, dans l'intérieur de l'olive bulbaire se trouvent deux véritables petites lacunes ayant au centre des vaisseaux pleins de sang et dont la paroi est très nettement infiltrée. A cette lacune correspond naturellement au Weigert-Pal une diminution des fibres inter-olivaires.

Enfin, la racine du glosso-pharyngien apparaît sur cette coupe, très infiltrée de cellules rondes lors de sa sortie du bulbe et, au Weigert-Pal, très diminuée de fibres.

*Coupe correspondant à la coupe H. 10 du « Traité de Dejerine ».* — Sur cette coupe apparaissent les noyaux des X<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> paires. Le noyau de l'hypoglosse est net et normal,

mais le noyau du pneumogastrique est dissocié par une hémorragie interstitielle.

Cette hémorragie se précise dans les coupes H. 11, H. 12 et surtout dans H. 13, où elle atteint son maximum. Dans cette dernière coupe, les noyaux des X et XII ne sont plus sur une ligne horizontale, mais sont superposés.

REINS. — Il n'y a pas de sclérose, les glomérules sont sains. Dans les tubes contournés, il y a des cellules épithéliales abrasées. Certains tubes contiennent un exsudat albumineux.

FOIE. — Cirrhose péri-portale et congestion de la zone péri-sus-hépatique. Des fibres conjonctives de la zone péri-portale partent des fibres très minces qui entourent les cellules.

CŒUR. — Il n'est pas certain que les coupes du cœur passent par le faisceau de His et on ne peut donc dire si ce faisceau est lésé ou non. Mais, dans toutes les préparations examinées, les fibres musculaires paraissent atrophiées et distantes les unes des autres. Beaucoup d'entre elles contiennent des granulations pigmentaires de forme arrondie et semées en amas allongés. Les lésions sont celles de l'atrophie brune ou pigmentaire.

En outre, il existe par places des foyers inflammatoires dispersés entre les fibres musculaires et séparant ces fibres les unes des autres.

L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans les symptômes cliniques et, d'autre part, dans l'étude anatomique.

Cliniquement, en dehors de la lenteur remarquable du pouls (on trouve habituellement 17 ou 18 pulsations par minute à l'artère radiale), il faut noter l'arythmie terminale et la mort en état de mal.

L'étude anatomique et histologique révèle, en dehors de lésions cardiaques réelles, l'existence de lésions bulbaires évidentes. S'il est permis de regretter qu'une erreur de technique ait empêché un examen systématique du faisceau de His, dont l'importance dans ces cas a été signalée par MM. Vaquez et Esmein (1), il n'en reste pas moins vrai que l'examen bulbaire a mis en évidence une sclérose bulbaire ancienne et une hémor-

---

(1) Vaquez et Esmein. Maladie de Stokes-Adams par lésion scléro-gommeuse du faisceau de His (Herzblock). (*Presse médicale*, 26 janvier 1907.)

ragie bulbaire récente dont l'importance pathogénique ne saurait être contestée même en présence des lésions myocardiques.

Pour Gandon (1), les lésions cardiaques agissent comme cause provocatrice de l'anémie bulbaire quand celle-ci est déjà préparée par l'état athéromateux des artères de la moelle allongée, et la cause la plus fréquente de l'irritation bulbaire réside dans la présence de troubles d'irrigation sanguine dus à l'artério-sclérose. La pathogénie de ce cas semble venir à l'appui de cette conclusion, et le pouls lent permanent semble avoir été en rapport, d'une part, avec les *lésions cardiaques* et, d'autre part, avec la *sclérose bulbaire*, chez un artério-scléreux, alcoolique chronique. Les phénomènes terminaux seraient en rapport avec l'hémorragie bulbaire qui se fit au niveau du noyau du pneumogastrique dans les derniers jours.

Enfin, les modifications circulatoires ne sont pas ici sous la dépendance du syndrome mélancolique qui paraît, au contraire, reconnaître ce pouls lent permanent comme cause occasionnelle. La maladie de Stokes-Adams, en effet, tant par les symptômes physiques qui lui appartiennent en propre (les rapports des troubles circulatoires et des états mélancoliques ont été notés par tous les auteurs) que par les symptômes psychiques de découragement dont elle favorise l'éclosion, paraît avoir été un facteur étiologique non négligeable de l'état de dépression mélancolique survenu chez un prédisposé, alcoolique ancien.

#### DISCUSSION

M. VIGOUROUX insiste sur ce fait que l'hémorragie bulbaire observée est un accident terminal causé par des lésions anciennes de l'artère qui s'est rompue. Les artères du bulbe sont altérées et les régions voisines du foyer hémorragique sont le siège d'une prolifération névroglique intense.

---

(1) Henri Gandon. Essai sur la pathogénie du pouls lent permanent. (Thèse, Paris, 1905.)

D'autre part, les cellules nerveuses présentent des altérations marquées. Depuis longtemps, M. Brissaud notamment, on a signalé des lésions du noyau du pneumogastrique dans la mélancolie. M. René Charpentier établit-il un rapport de cause à effet entre le pouls lent permanent et le développement de l'état mélancolique chez son malade?

M. RENÉ CHARPENTIER. — Avant l'apparition du syndrome de Stokes-Adams, syndrome qui évolua pendant plus de deux ans, le malade n'avait jamais présenté d'accès mélancolique ni d'autres troubles mentaux. Cet état dépressif ne peut être non plus rapporté à l'intoxication alcoolique : le malade, alcoolique ancien, était sobre depuis plusieurs années, et ne présentait pas, à son entrée à l'asile, de symptômes d'alcoolisme. Tous les auteurs ont noté les rapports qui existent entre les états dépressifs et les troubles circulatoires, et il semble bien que, dans ce cas, les troubles circulatoires aient constitué un facteur étiologique important de l'état mélancolique.

M. ARNAUD cite le cas d'une observation d'un malade qui présentait le syndrome de Stokes-Adams. Un état de dépression neurasthénique grave se développa progressivement chez ce malade. Il était en proie à une anxiété très vive, avait la sensation d'être constamment en danger de mort et manifestait du dégoût de la vie. L'observation de ce malade, admis dans le service du professeur Raymond à la Salpêtrière, vient à l'appui de la manière de voir adoptée par M. René Charpentier.

**Plaies du cerveau par balles de revolver sans troubles organiques consécutifs chez un sujet âgé de soixante-quinze ans,**

par M. MAURICE BRISSOT, interne à l'asile de Ville-Evrard (Service du D<sup>r</sup> BOUDRIE).

R..., âgé de soixante-quinze ans, jardinier, entre à l'asile de Ville-Evrard le 13 juin 1905, venant de Sainte-Anne, où il a été admis le 5 mai de la même année. Quelque temps auparavant, ce malade avait été l'objet d'une demande de placement

volontaire de la part de son fils. Voici ce que disait en substance le certificat médical qui accompagnait cette demande :

« Je soussigné, médecin de l'hôpital de L..., certifie que M. R..., âgé de soixante-quinze ans, actuellement à l'hôpital de L..., est atteint de troubles cérébraux psychiques, caractérisés par la monomanie du suicide : Une première fois, le 1<sup>er</sup> avril 1903, il s'est tiré un coup de revolver dans la tête qui a déterminé une hémiplegie dont il a guéri ; le 6 avril 1905, il a de nouveau tenté de se suicider en se tirant deux balles de revolver dans la tête dans les mêmes circonstances que la première fois, au cimetière de B..., sur la tombe de sa femme. Il guérira de ses blessures et dans quelques jours sortira de l'hôpital. Il a bien manifesté l'intention de recommencer. Or, je crois, et son fils le demande, qu'il est nécessaire de faire entrer ce malade dans une maison de santé spéciale, pour le surveiller et l'empêcher d'exécuter son projet. »

Nous sommes donc en présence d'un mélancolique et d'un mélancolique avec idées de suicide. Sa femme meurt le 6 mars 1903 et, quelques jours plus tard, le 1<sup>er</sup> avril de la même année, il se tire un coup de revolver au niveau de la partie externe de la région orbitaire droite. Après cette première tentative, le malade garde le lit pendant dix-huit jours à l'hôpital de L..., atteint d'hémiplegie ; cette hémiplegie, du reste, ne tarde pas à disparaître, et bientôt R... quitte l'hôpital complètement guéri. La balle dont il s'était servi pour attenter à ses jours s'était séparée en deux : une moitié avait pénétré dans le crâne, tandis que l'autre partie avait traversé l'arcade sourcilière, où elle avait pu être extraite facilement à cet endroit. Le malade ne subit pas à ce moment d'autre opération. Cependant celui-ci est toujours hanté par les mêmes idées de suicide, toujours assujéti aux mêmes tendances lypémaniques. Il dit à son entourage qu'il s'ennuie et qu'il ne peut pas vivre sans sa femme. Aussi il se rend au cimetière de B..., où celle-ci a été inhumée et, sur sa tombe, le 6 avril 1905, deux ans par conséquent après sa première tentative, sous l'empire d'un nouvel accès de mélancolie, il se tire à nouveau deux coups de revolver dans la région temporale droite. Il s'alite, présente une cécité complète pendant cinq à six jours, puis la vision se rétablit à droite, mais est encore incomplète un mois plus tard. A gauche la vision est entièrement abolie. Le malade ne présente pas d'autres troubles. R..., sur la demande de sa famille, entre à l'asile clinique le 4 mai 1905, d'autant plus que ce malade a manifesté nettement l'intention de recommencer ses tentatives. A ce moment, au pavillon de chirurgie, on discute l'opportunité d'opérer le malade et de lui extraire les balles qui sont contenues dans sa tête, mais comme il ne paraît en souffrir aucunement,



cette idée est complètement abandonnée. Il entre à Ville-Evrard trois semaines plus tard. C'est un homme grand, vigoureux, encore très alerte, malgré son grand âge (il a soixante-quinze ans). Les balles de revolver qu'il s'est tirées ont déterminé des cicatrices très nettes au niveau de l'angle externe de l'œil droit. D'après sa famille, ses idées de suicide ne sont apparues que depuis la mort de sa femme; auparavant c'était un taciturne, d'humeur triste et maussade, mais il n'avait jamais manifesté l'intention de se suicider. Pendant son séjour à Ville-Evrard, cette dépression mélancolique persiste; toutefois il raisonne parfaitement, sans affaiblissement intellectuel marqué. Il rend des services dans le quartier où il se trouve; mais quand on lui parle de sa mélancolie, quand on discute avec lui ces idées de suicide non fondées qui le hantent continuellement, il vous répond nettement qu'il recommencera si on lui donne la liberté. Ce n'est donc pas un dément, c'est seulement un déprimé. Les certificats médicaux signés des docteurs Magnan et Marandon de Montyel constatent tous ce délire mélancolique, ce découragement et ce désespoir permanents. Le 13 mars, le D<sup>r</sup> Kéraval s'exprime ainsi : « Le malade est toujours hanté par des idées mélancoliques avec subagitation qui pourraient au dehors dégénérer en des impulsions de suicide. »

Le 13 octobre 1907, le malade s'alite; il présente du ballonnement du ventre et de la rétention d'urine d'origine prostatique. Du reste, pendant le cours de son internement, le malade a dû être sondé à plusieurs reprises, mais la rétention n'a toujours été que passagère. Vers la mi-octobre au contraire, celle-ci s'installe définitivement; le malade est somnolent, il répond à peine aux questions qu'on lui pose. Dans la nuit du 17 au 18 octobre, vers 3 heures du matin environ, il est pris de crises violentes de dyspnée avec congestion de la face; puis ces phénomènes s'amendent et le malade semble s'assoupir. La mort survient le 18, à 6 h. 30 du matin.

A l'examen nécropsique pratiqué le lendemain, on constate de la congestion hypostatique et de l'œdème pulmonaire très considérables. Le cœur ne présente rien de spécial. Les reins sont plus volumineux qu'à l'état normal : ils sont blanchâtres et leur capsule se décortique assez difficilement : on ne remarque rien d'intéressant à leur coupe. La rate est volumineuse, très friable et transformée en une boue noirâtre.

A l'examen du cerveau on constate, dès l'ouverture du crâne, que les méninges sont assez adhérentes aux os; toutefois elles ne sont pas opaques et ne présentent pas de lésions hémorragiques. Sur la face externe du cerveau, au niveau de la partie moyenne de la deuxième circonvolution frontale gauche, on aperçoit une perte de substance du diamètre d'une pièce de un franc environ et

semblant très profonde. On introduit alors un stylet dans cette petite cavité, et l'on remarque que la sonde suit sans aucune difficulté un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et qu'elle arrive ainsi à la face interne des hémisphères. On sépare alors ceux-ci par une coupe antéro-postérieure, passant par la partie moyenne du corps calleux, et la même perte de substance, peut-être encore plus considérable, nous apparaît sur la face interne du lobe frontal gauche, du reste très ramolli. Ce trajet au milieu de la substance cérébrale, dont nous avons parlé ci-dessus, est dès lors nettement visible.

A quoi répond-il? Très vraisemblablement à l'une des trois balles dont le malade s'est servi pour attenter à ses jours, et qui, partie de l'angle externe de l'œil droit, a traversé obliquement, mais de bas en haut, toute l'épaisseur du lobe frontal gauche, de la face interne vers sa face externe, pour venir se loger dans l'épaisseur de la boîte crânienne.

En pratiquant une coupe passant par la grande scissure interhémisphérique, nous découvrons en outre une moitié de balle, située dans une petite loge et adhérente à la face interne de l'hémisphère droit.

Ce projectile date de la première tentative de suicide de notre malade, c'est-à-dire de 1903. Nous savons, en effet, qu'à ce moment une partie de ce projectile avait traversé l'arcade sourcilière droite et avait été extraite séance tenante; l'autre partie ayant déterminé une hémiplegie dont le malade guérit peu de temps après.

Cette balle est donc située dans une petite cavité, à la partie antérieure du ventricule moyen, sur la face interne de la couche optique droite, au-dessous du corps calleux et du trigone. Or, en examinant la face interne du lobe frontal droit, qui lui aussi présente un degré de ramollissement très prononcé, au niveau de la partie moyenne de la circonvolution frontale interne, on remarque une perte de substance très considérable, causée vraisemblablement par cette moitié de balle dont nous avons parlé ci-dessus.

En effet, si nous introduisons un stylet, ou bien si nous faisons des coupes sériees à ce niveau, nous constatons que cette perte de substance se prolonge dans le lobe frontal droit, jusqu'au voisinage du prolongement antérieur du ventricule latéral. Il est donc vraisemblable d'admettre, d'après la position de la balle, que celle-ci soit arrivée au contact de ce prolongement ventriculaire et que, par l'effet de la pesanteur, elle ait cheminé du ventricule latéral dans la partie antérieure du ventricule moyen où nous l'avons découverte. Ou bien y a-t-il eu antérieurement un autre trajet complètement cicatrisé maintenant, par suite de la prolifération névroglique à ce niveau?

En pratiquant sur la face interne de l'hémisphère gauche la coupe de Brissaud passant par la capsule interne, la section rencontre une nouvelle balle située à la limite de la face interne et de la face externe de l'hémisphère, dont elle est séparée par une épaisseur de 3 à 4 millimètres environ. Ce projectile, qui n'a du reste subi aucune altération, est logé dans une cavité assez grande située à la partie postérieure de la première circonvolution temporo-occipitale externe gauche. Mais quelle a été la porte d'entrée de celui-ci? Or, à peine remarque-t-on une légère fissure sur la face externe de l'hémisphère : aucun autre trajet n'a pu être découvert. Il est permis de croire que la balle a traversé obliquement la base du cerveau pour venir se loger à ce niveau, provoquant sans aucun doute des lésions du chiasma.

Tel a été le résultat de l'examen nécropsique de ce malade. Il est remarquable de constater que celui-ci, porteur de deux balles de revolver dans sa substance cérébrale et d'une troisième qui a traversé le lobe frontal gauche dans toute son épaisseur, n'a subi de ce fait pendant quatre années consécutives, du 1<sup>er</sup> avril 1903, date de sa première tentative de suicide, au 18 octobre 1907, date de sa mort, aucun trouble organique consécutif à la pénétration des projectiles dans son cerveau.

Nous faisons exception pour l'hémiplégie passagère dont nous avons parlé plus haut et qui n'a duré que quelques jours.

La seule lésion qu'on ait pu observer du vivant de notre malade, a consisté en une cécité complète à gauche, par atteinte probable du chiasma, la vision s'étant peu à peu rétablie à droite. Et pourtant les dégâts matériels dans le sein de la substance cérébrale ont été considérables : les lobes frontaux, droit et gauche, traversés de part en part, deux ventricules atteints, une troisième balle qui pénètre dans le lobe temporo-occipital gauche, après un trajet oblique à la base du cerveau ; et tout ceci sans causer pendant plusieurs années aucune perturbation physique (motrice ou sensitive), ni mentale ! En effet, ce malade n'a jamais été un dément, son intellect ayant peu varié depuis sa première tentative de suicide. La famille a demandé son internement uniquement pour éviter le retour de nouveaux accès de mélancolie, qui auraient pu compromettre son existence.

Nous voyons donc le peu d'importance des lésions circonscrites du cerveau, qui ne s'accompagnent pas de réaction méningée autour du corps étranger. En 1898, M. Voisin a publié dans *la France médicale* l'observation d'un malade atteint de plaie de la substance cérébrale par pénétration de projectiles, et qui présentait seulement un peu d'affaiblissement des facultés intellectuelles, c'est-à-dire diminution de la mémoire, du calcul, des souvenirs récents, etc. Minor, en 1905, à la Société de neuro-pathologie et de psychiatrie de Moscou, rapporte quelques exemples de traumatismes du système nerveux pendant la guerre russo-japonaise. Il cite, entre autres, le cas d'un blessé qui fut atteint par une balle, au niveau de la région occipitale : le projectile pénétra dans le cerveau et détruisit les deux scissures calcarines. Or, le malade eut une amaurose presque complète des deux yeux, mais ne fut jamais paralysé.

Et dans ce sens les exemples abondent; mais ce qu'il est remarquable de constater, c'est la tolérance considérable des lobes frontaux : ceux-ci peuvent être atteints profondément sans que le malade présente de troubles particulièrement nets. Le 15 janvier 1904, MM. Vigouroux et Joseph Charpentier publient l'observation d'un paralytique général dont le cerveau contenait un projectile ayant pénétré à 1 centimètre de profondeur, dans la partie moyenne de la première frontale gauche; il n'y avait pas de réaction autour du corps étranger. Le sujet n'avait jamais présenté d'accidents consécutifs à la pénétration de la balle, la paralysie générale ayant évolué antérieurement à ce traumatisme.

En janvier 1907, le Dr Halberschadt présente le cerveau d'un malade de soixante-sept ans, atteint de paralysie agitante : celui-ci s'était tiré une balle de revolver dans la région temporale droite. La balle avait traversé successivement les deux lobes frontaux, pénétrant vers la partie moyenne de la troisième frontale droite, puis, après un trajet oblique en haut et en avant, était ressortie sur la face interne, pour traverser la partie supérieure du lobe frontal gauche et s'arrêter sur la face interne de la dure-mère. Le malade s'était relevé seul et avait pu marcher à la suite de sa tentative de suicide. Il fut trépané; à la suite de cette opération, le

malade fut envoyé à Sainte-Anne comme agité et irresponsable, puis il s'affaiblit progressivement et mourut trois mois après son entrée à l'asile. L'examen nécropsique ne permit de constater aucune réparation « névroglique ou conjonctive », ni aucune inflammation nette sur tout le trajet de la balle. Cette observation nous montre donc que la lésion considérable des deux lobes frontaux a peu contribué à aggraver l'état mental du sujet, déjà malade antérieurement.

En novembre 1905, M. René Marie publie l'observation d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe : le malade survécut seize ans à sa blessure. La balle était entrée par le pied de la pariétale ascendante et le pied de la frontale ascendante, avait parcouru le centre ovale, perforé le ventricule latéral et abouti à la face interne du cerveau en respectant les noyaux gris. Le malade était devenu simplement hémiplégique avec contracture.

En résumé, ces différentes observations nous portent donc à penser que les lésions circonscrites de la substance cérébrale, et surtout celles du lobe frontal, par projectiles de toute nature, sont peu importantes, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de méningo-encéphalite diffuse, et que cette dernière lésion seule engendre les troubles mentaux consécutifs à ces accidents.

La séance est levée à 5 h. 50.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

## SANCE DU 30 DÉCEMBRE 1907.

**Présidence de M. DENY.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

MM. Burat, Chardon, Phulpin, Revertégat, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Picqué, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Jean Philippe, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. E. Régis, qui remercie la Société de ses félicitations pour le prix Lallemand que lui a décerné l'Académie des sciences ;

4° Des lettres de MM. Jacquin et Rodiet, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

5° Des lettres de MM. d'Hollander et Muggia, qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers ;

6° Une lettre de M. Levassort, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Legros et Blin, rapporteur ;

7° Une lettre de M. Hübner, assistant de la Clinique psychiatrique de Bonn, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Ritti et Kéraval, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Contribution à l'étude des méningites consécutives aux fractures de la base du crâne*, par M. Paul Meslier, ancien interne des hôpitaux de Nantes ;

2° *Contribution à l'étude de l'hérédité*, par M. Pilcz, de Vienne ;

3° *Contribution à la connaissance des lésions des nerfs périphériques dans la paralysie progressive et dans les autres psychoses*, par M. Erwin Strausky, de Vienne ;

4° *Rivista pellagologica italiana*, numéro de novembre.

*Mort de M. Goujon.*

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le profond regret de vous faire part de la mort d'un de nos collègues, M. le

D<sup>r</sup> Goujon, décédé depuis notre dernière séance. M. Goujon faisait partie de notre Société depuis plus de trente ans ; nous avons tous la plus profonde sympathie pour ce collègue distingué, aimable, et que nous regrettons de voir si rarement au milieu de nous. Comme maire du XII<sup>e</sup> arrondissement de Paris et comme membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. Goujon a rendu des services signalés aux déshérités de la vie ; il a pris part aussi à ce grand développement des idées nouvelles sur l'assistance et l'hygiène publiques qui a abouti à des mesures législatives d'un si grand intérêt social.

Nous renouvelons à la famille de notre regretté collègue M. Goujon, nos bien vives et sincères condoléances, dont notre secrétaire général s'est déjà fait l'interprète auprès d'elle.

### *Election du Bureau de 1908.*

Il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1908.

Sur 25 votants :

MM. LEGRAS . . . . .	22 voix.
SÉRIEUX . . . . .	2 —
SÉGLAS . . . . .	1 —

M. LEGRAS est élu vice-président.

M. RITTI, secrétaire-général, MM. DUPAIN et VIGOUROUX, secrétaires des séances, sont réélus par acclamation.

Il est procédé au scrutin pour la nomination du trésorier.

Sur 27 votants :

MM. PACTET . . . . .	22 voix.
ANTHEAUME . . . . .	4 —
Bulletin blanc . . . . .	1 —

M. PACTET est nommé trésorier pour l'année 1908.

M. LE PRÉSIDENT. — Je crois être l'interprète de la Société en adressant des félicitations à M. Antheaume

pour son dévouement aux intérêts de la Société durant ses fonctions de trésorier.

M. ANTHEAUME remercie M. le Président de ses aimables paroles; il déclare que, du reste, il se proposait de se démettre de ses fonctions de trésorier.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. MARCEL BRIAND et DENY.

Le Comité de publication se compose de MM. ARNAUD, LEGRAS et POTTIER.

La Commission des finances est composée de MM. MOREAU (de Tours) et SEMELAIGNE.

### *Rapport sur les candidatures à une place de membre titulaire.*

M. KÉRAVAL. — Messieurs, vous avez, pour examiner les titres et travaux des candidats à une place de membre titulaire de votre Société, nommé une Commission composée de : MM. Arnaud, Kéralval, Klippel, Legras, Semelaigue. Je viens au nom de cette Commission vous présenter le rapport d'usage.

Trois candidats sont en présence :

MM. Raoul Leroy, médecin en chef de l'asile de Moisselle; Auguste Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif; Marc Trénel, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

Nous procédons par lettre alphabétique.

M. Raoul Leroy, ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles de la Seine (1893-1896), était reçu médecin-adjoint en 1896. Il était en sus, en 1902, chargé du service de médecin en chef de l'asile des aliénés criminels de Gaillon. Il est actuellement médecin en chef des asiles de la Seine depuis le 1<sup>er</sup> janvier de cette année.

Membre correspondant de notre Société et de la Société de Médecine légale, il est aussi lauréat de l'Académie de médecine (1896 et 1901), lauréat de l'Institut (mention honorable du prix Montyon, 1902) et a obtenu à l'Exposition Universelle de 1900 une médaille d'argent dans la classe 112.

Il a à son actif des publications fort intéressantes.



Telles : sa thèse sur *Les persécutés-persécuteurs*, Paris, 1896 ;

Son travail sur *Le morphisme et la morphinomanie*, prix Falret 1896 ;

Son *Etude historique sur l'asile de Quimper*, 1897 ;

Son *Observation du goitre exophtalmique guéri par l'électricité*. « Presse médicale » de juin 1899 ;

Son mémoire sur *Les hallucinations psychomotrices chez un paralytique général*. « Archives de neurologie », novembre 1899 ;

Ses *Documents sur l'alcoolisme du Finistère et de la Normandie*, et ses graphiques de l'Eure en particulier. « Annales d'hygiène », février 1900, Exposition Universelle de 1900, prix Montyon de l'Institut 1902, et sur *Le rôle de l'alcool en pathologie mentale*, prix Civrieux, 1901 ;

Ses *Recherches relatives à l'histologie de la démence précoce*, Congrès de Pau, 1904 ; Société anatomique, décembre 1905 ;

Son *Rapport sur la responsabilité des hystériques* au Congrès de médecine mentale de Lille, 1906.

M. Auguste Marie vous est bien connu. Décoré de plusieurs ordres, membre correspondant de quatre Sociétés savantes, deux françaises, deux étrangères, il est lauréat de la Société médico-psychologique et de l'Académie de médecine.

Il est encore professeur ou chargé de cours à l'Ecole russe des hautes études sociales, au Collège libre des sciences sociales, à l'Ecole d'anthropologie. Enfin (*nous citons son exposé de titres*) il est, dans ces derniers temps, devenu : directeur de *l'Encyclopédie internationale de prévoyance, d'assistance, d'hygiène sociales et de démographie* (éditeur Brière, 100 volumes), 1906 ; directeur du *Traité international de psychiatrie et de psychologie pathologique* (éditeur Alcan, 3 volumes), 1907 ; directeur d'un des laboratoires de psychologie pathologique à l'Ecole des hautes études de l'asile de Villejuif, 1906.

Ses travaux comprennent ses rapports sur la colonie familiale de Dun-sur-Auron qu'il a organisée, sur l'assistance familiale en général, sur le patronage, le travail, l'hospitalisation agricole des aliénés, et ses mé-

moires dont ici même il vous a été donné d'apprécier la valeur.

Nous citerons pour les deux dernières années : *La réaction des anticorps syphilitiques dans la paralysie générale et le tabès*; *L'eunuchisme et l'érotisme*; *Les ex-voto médicaux*; son livre sur *La démence*; *L'action du liquide céphalorachidien des paralytiques généraux sur le virus syphilitique*; *Le sadifétichisme et la zoophilie sadique*; *Les troubles oculaires dans la maladie de Parkinson*; *L'action des vapeurs de plomb et de zinc sur l'incubation des œufs et la respiration*.

M. Marc Trénel, quoique jeune, a déjà produit des travaux importants par leur précision, par la conscience qu'il a apportée dans ses recherches, dans ses citations, dans ses développements.

Interne des asiles en 1892, il était en 1894 médecin-adjoint. Il a passé par la colonie familiale de Dun-sur-Auron en septembre 1903 et a été nommé médecin en chef des asiles de la Seine en 1904.

Il ne nous est pas possible de reproduire la longue liste des mémoires qu'il a publiés.

Nous vous demanderons la permission d'appeler votre attention sur ceux qui, parmi les documents que nous avons reçus, nous ont particulièrement frappés, en adoptant la division même du candidat.

A. Entre les thèses faites sous son inspiration, signalons celles de Crété : *Sur la paralysie générale chez la femme et la paralysie générale conjugale*, 1899; de Chancelley : *Psychose polynévritique*, 1900; de Magnier : *Psychoses à début précoce chez la femme*, 1899.

Ce dernier ouvrage envisage fort judicieusement, au point de vue du début précoce, la confusion mentale aiguë dont la forme grave est qualifiée par l'auteur de délire aigu, les folies périodiques, les psychoses menstruelles, les délires systématisés progressifs.

B. M. Trénel a cultivé l'histoire de la médecine. Il a, dans la « Revue médicale de Normandie », publié un article sur le *Masochisme dans l'art et le lai d'Aristote*, 1902. D'ailleurs, vous vous souvenez de sa communication à notre Société sur les *Représentations figurées et les jeux masochistes*, en mai 1902.

Dans la même revue normande du 10 décembre 1901,

nous trouvons une bonne mise en lumière, avec portrait, de la grande figure de Parchappe.

C. L'*Anatomie pathologique* nous offre à glaner :

*Une observation d'anévrisme intra-péricardique de l'aorte.* Société anatomique, 1894;

*Des lésions des cellules de la moelle dans la polynévrite alcoolique.* Même Société;

*Un cas de tumeurs de la dure-mère et du ganglion de Gasser chez une femme de soixante ans, déprimée, qui présentait une hypoesthésie profonde de la moitié droite de la face.* Société anatomique, 1899.

D. En *bactériologie*, nous signalerons une *Etude sur le bacille de l'ozène*, présentée à la Société de Biologie en 1901.

E. Ce qu'a produit M. Trénel en thérapeutique vous le connaissez tous. C'est un rapport apprécié sur le *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses*, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, 1903.

F. Arrivons à la *neurologie*.

Nous vous indiquerons : *L'hémiplégie progressive par endartérite à distance* (Société anatomique, juillet 1899), qui met deux mois à s'installer complètement. Le début, insidieux, fait longtemps croire à une arthrite de l'épaule. Seuls, les battements persistants de la temporale droite mettent sur la voie du diagnostic. On trouve à l'autopsie l'œdème cérébral de Brissaud et de Massary par oblitération artérielle à distance.

Il nous semble encore juste de rappeler : *La maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires*, qui constitue le passage entre la paralysie spasmodique familiale et les démences familiales, ou, si l'on préfère, entre les maladies nerveuses familiales et les maladies mentales familiales. « *Revue neurologique* ».

G. Il nous reste maintenant à parler des publications de M. Trénel sur les *maladies mentales*.

Mentionnons :

Sa communication au Congrès de Bordeaux (1895), intitulée : *Du goître exophtalmique en un cas de paralysie générale*;

*Un cas de confusion mentale chez une fillette de neuf ans.* « *Normandie médicale* », 1897 ;

Un mémoire sur *Les délires menstruels périodiques* (Annales de Gynécologie, 1898), montrant le délire maniaque, mélancolique, ou hallucinatoire, qui débute subitement et à un moment variable des règles et se termine de même; le pronostic en est relativement bénin.

En mai et septembre 1901, juillet et novembre 1903, M. Trénel a entretenu la Société médico-psychologique :

*Des hallucinations psychomotrices en un cas de paralysie générale;*

*Des hallucinations psychomotrices accompagnées de sialorrhée dans la méningo-encéphalite paralytique, par excitation simultanée de centres corticaux très voisins sinon confondus;*

*De la leptoméningite chronique et du spasme unilatéral des muscles abdominaux dans la démence paralytique.*

Ce n'est pas tout.

M. Trénel a, de la « Pratique médico-chirurgicale » de Brissaud, Reclus, Pinard, rédigé les articles : *Aliénés, Asiles, Certificats, Hallucination, Manie, Folie périodique, Paralysie générale, Délires systématisés*, etc.

Ces mémoires, communications ou articles témoignent de connaissances scientifiques étendues et solides, marquées au sceau d'une sincérité de bon aloi.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de nous proposer, *ex æquo*, par ordre alphabétique : MM. Leroy, Marie, Trénel.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Sur 27 votants :

M. TRENEL	obtient. . .	17	voix.
M. MARIE	— . . .	9	—
M. LEROY	— . . .	1	—

En conséquence, M. Trenel, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est élu membre titulaire.

### *Rapports de candidatures.*

M. ARNAUD. — Messieurs, le Dr Angelo Alberti, médecin de l'asile provincial de Pesaro, sollicite son admission comme membre associé étranger de la Société médico-psychologique, et, à l'appui de sa candida-

ture, il nous a fait parvenir neuf brochures traitant diverses questions de pathologie mentale.

Voici, dans leur ordre chronologique, les titres de ces brochures :

1° Observations statistiques et cliniques sur la psychose maniaque dépressive ;

2° Recherches sur le pouvoir urotoxique, sérotoxique et sérohémolytique dans la psychose maniaque-dépressive ;

3° Recherches sur l'hémolyse dans la psychose maniaque dépressive ;

4° Un cas d'inversion viscérale complète chez une malade atteinte de psychosé hystérique ;

5° Lettre au D<sup>r</sup> Tambroui sur les rapports de la paranoïa et de la démence paranoïde.

6° Un cas d'amentia. Contribution à l'étude de l'évolution et des variétés de cette forme morbide ;

7° Un cas de délire aigu. Nouvelle contribution à l'étude de l'évolution et des variétés de l'amentia ;

8° Les tentatives de suicide en pathologie mentale. Recherches statistiques et cliniques ;

9° L'aura de l'accès épileptique. Note statistique et clinique.

Cette simple énumération des travaux du D<sup>r</sup> Alberti vous montre quelle activité d'esprit et quelles habitudes de travail suppose, chez notre confrère italien, la variété même des sujets traités. Clinique, statistique, expériences de laboratoire, il s'intéresse également à toutes ces parties de la psychiatrie, parce que leur étude simultanée est maintenant devenue indispensable aux progrès de notre science. Les mémoires de notre confrère, sur lesquels je ne puis m'étendre longuement ici, présentent un véritable intérêt. Ils sont une contribution utile à l'étude de quelques problèmes de pathologie mentale dont la discussion demeure toujours ouverte ; l'auteur est un travailleur appliqué, il possède des connaissances étendues, et l'on peut attendre de lui des travaux plus importants.

Votre Commission estime qu'il est digne de prendre rang parmi nos membres associés étrangers, et elle vous propose d'admettre, à ce titre, le D<sup>r</sup> Angelo Alberti.

Conformément à ces conclusions, M. Alberti est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Dupré et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D<sup>r</sup> René Charpentier, qui désire faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

C'est avec un bien grand plaisir que je viens m'acquitter de cette mission et présenter à vos suffrages l'ancien interne de mon service dont j'ai pu apprécier le mérite et le savoir.

Après une scolarité brillante à la Faculté de médecine de Paris, ayant acquis des connaissances étendues en médecine générale et en clinique dans les hôpitaux dont il fut externe, M. le D<sup>r</sup> René Charpentier cherche sa route et se présente en 1904 au concours de l'internat des asiles d'aliénés du département de la Seine. Il est reçu le premier. Ayant ainsi pris pied dans le domaine de la médecine mentale, il peut, dès lors, satisfaire cette convoitise de son intelligence qui, se plaisant aux spéculations médico-psychologiques, recherchait dans l'analyse clinique de l'aliénation mentale les manifestations diverses des phénomènes si complexes des troubles de l'esprit.

M. le D<sup>r</sup> René Charpentier vient donc dans mon service à l'asile de Vacluse; puis, les années suivantes, il est successivement l'interne de M. Magnan et de M. Joffroy.

Docteur en médecine en 1906, M. le D<sup>r</sup> René Charpentier s'avance plus avant dans la carrière et se présente quelques mois plus tard, en mars 1907, au concours de l'adjuvat des asiles publics d'aliénés. Il est reçu le premier. Peu de temps après arrive sa nomination de médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais). Au mois de juin dernier, l'Administration lui accorde un congé afin qu'il puisse venir prendre part aux épreuves du concours du Clinicat des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. Il est reçu le premier et nommé chef de clinique de M. le professeur Joffroy. Entre temps, la Faculté de médecine récompensait par une médaille

d'argent sa thèse inaugurale sur les empoisonneuses ; votre Société lui décernait le prix Moreau (de Tours), et l'Académie de médecine le proclamait lauréat du prix Lorquet. M. le D<sup>r</sup> René Charpentier a publié, en collaboration avec M. le professeur Dupré, une étude sur les Ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique ; — une observation de Récidive médico-légale stéréotypée chez un débile ambitieux (dans le *Journal de Médecine légale*, décembre 1906) ; — une observation de Psychose systématisée chronique à forme quérulante (en collaboration avec M. Albès) ; — un cas de Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive (en collaboration avec M. Courbon) ; — une observation de Mélancolie et Pouls lent permanent avec autopsie (en collaboration avec M. A. Vigouroux). Vous avez entendu, Messieurs, ces deux communications à votre précédente séance. Les pièces de l'autopsie ont été présentées à la Société anatomique.

M. le D<sup>r</sup> René Charpentier a publié les comptes rendus des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, de Lille et de Genève.

Il convient de retenir un court instant votre attention sur sa thèse inaugurale. Elle est intitulée : « Les Empoisonneuses, étude physiologique et médico-légale. » Sept fois sur dix, dit l'auteur, l'empoisonnement est commis par des femmes, d'après le compte rendu général de l'Administration de la justice criminelle, tandis que vingt fois sur cent seulement les attentats contre les personnes sont commis par des femmes. L'empoisonnement est donc le crime des femmes, et dans une étude historique très documentée, M. le D<sup>r</sup> René Charpentier étudie successivement les empoisonneuses et la fable, l'histoire de l'Orient classique : Hécate, qui trouva l'aconit (elle éprouvait l'effet de ses poisons en les mettant dans les mets qu'elle servait aux étrangers) ; Circé, magicienne et empoisonneuse dont les breuvages aux sucs mystérieux troublèrent si profondément les compagnons du prudent Ulysse ; Médée, fille d'Hécate et sœur de Circé, connaissait également l'art des enchantements et des philtres ; Sémiramis, la Vénus d'Assyrie, Parysatis, reine de Perse, sœur de Xerxès ; Cléopâtre,

reine de Syrie ; Cléopâtre, reine d'Égypte, étaient des empoisonneuses. Dans la Rome antique, la fameuse Locuste fournissait de poisons Agrippine et Néron. Bien plus tard, au xvi<sup>e</sup> siècle, nous trouvons Lucrèce Borgia, dont les poisons infâmes rendaient le vin meilleur ; puis Catherine de Médicis, surnommée la Sémiramis d'Occident. Nous arrivons ainsi au xvii<sup>e</sup> siècle avec la Brinvilliers ; la Chambre ardente, établie par lettres patentes du 17 avril 1679 et qui siégea au palais de l'Arsenal jusqu'au 21 juillet 1682. Parmi les nombreuses femmes accusées, les unes vendaient des poisons, les autres étaient des empoisonneuses proprement dites. L'auteur nous raconte les forfaits de ces empoisonneuses : la Voisin, brûlée en place de Grève ; Françoise Filastre, Olympe de Mancini, accusée d'avoir empoisonné M<sup>me</sup> Henriette d'Angleterre. D'autres encore... ; enfin la marquise de Montespan, hautaine et grande dame dont un manteau royal abrita l'adultère. Elle eût tout fait pour conserver son influence auprès de Louis XIV ; vers la quarantaine elle demandait à la Voisin des poudres pour l'amour ; ou bien, impudique et criminelle, servait d'autel aux incantations des messes noires de l'abbé Guibourg invoquant Astaroth. L'auteur ne fait pas seulement preuve d'érudition, mais son évocation de ces empoisonneuses des siècles lointains est si troublante qu'il semble que nous ayons sous les yeux leurs vivantes images. Enfin viennent les temps modernes, et nous retrouvons des noms connus, des observations cliniques et des rapports médico-légaux ; tels sont les cas de la fille K..., au rapport de M. le D<sup>r</sup> Billod ; de la veuve X..., au rapport de M. le D<sup>r</sup> Girard de Cailleux ; enfin, la trop célèbre M<sup>me</sup> G..., au rapport de nos distingués collègues, MM. les D<sup>rs</sup> Anglade, Pitres et Régis.

M. le D<sup>r</sup> René Charpentier, dans la deuxième partie de sa thèse, fait l'analyse minutieuse des différentes observations qu'il a su recueillir, et ses chapitres sur les dégénérées hystériques, les mélancoliques empoisonneuses, les empoisonneuses et la simulation de la folie, fausses empoisonneuses, sont véritablement œuvre d'un psychiatre. L'étude historique et médico-légale des empoisonneuses montre qu'un certain nombre de ces criminelles sont des dégénérées hystériques et qu'il



existe un rapport manifeste entre la mentalité de ces déséquilibrées et la psychologie du crime d'empoisonnement.

L'auteur termine sa thèse en concluant que l'examen mental de l'empoisonneuse s'imposa, dans la plupart des cas, comme une nécessité de l'instruction. Cette expertise, seule, peut établir la responsabilité de l'accusée.

L'étude historique et psychologique des empoisonneuses nous montre ainsi la permanence à travers les âges d'un type crimino-pathologique spécial, essentiellement féminin, d'un haut intérêt psychiatrique et médico-légal. L'histoire de ces empoisonneuses, également intéressante pour l'aliéniste et pour le magistrat, constitue un des chapitres les plus curieux de l'anthropologie criminelle.

J'ai terminé, Messieurs ; le D<sup>r</sup> René Charpentier est digne d'appartenir à votre Compagnie et de prendre part à vos travaux.

En conséquence, je vous prie de vouloir bien ratifier par votre vote les conclusions du rapport de votre Commission en décernant à M. le D<sup>r</sup> René Charpentier le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. René Charpentier est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. LEGRAS. — Messieurs, j'ai l'honneur, comme rapporteur, de vous faire connaître l'appréciation de la Commission que vous avez chargée d'examiner la candidature de M. le D<sup>r</sup> de Clérambault, médecin-adjoint à l'Infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

Porté par un penchant naturel à s'intéresser aux modalités si infiniment variées du mouvement psychique chez l'être humain, M. de Clérambault se fit, un jour, recevoir licencié en droit. Mais il ne rencontra pas dans l'application pratique du droit les satisfactions morales qu'il avait escomptées d'avance. Ses espérances furent déçues. Il s'orienta alors d'un autre côté, vers la médecine, et particulièrement vers la psychiatrie, champ d'instruction beaucoup plus vaste, beaucoup

plus riche en observations que le précédent. C'est pourquoi il prit place dans la pléiade de ces jeunes hommes qui, avec raison, préludent à l'étude de l'aliénation mentale en participant à un concours difficile et quelque peu aride, celui de l'Internat des Asiles d'aliénés de la Seine. Dès sa première tentative, M. de Clérambault obtint le titre désiré, et il passa la première année de ses nouvelles fonctions d'interne à Vancluse, auprès de M. le D<sup>r</sup> Boudrie. Puis, en seconde et troisième année, il a été, à Sainte-Anne, l'interne de notre collègue, M. le D<sup>r</sup> Dubuisson, dont il ne tarda pas à devenir l'ami. Et, enfin, la dernière de ses quatre années d'internat s'est écoulée à l'Infirmierie spéciale, où il eut la bonne fortune de se trouver sous la direction d'un de ces rares cliniciens de haute allure, auquel on peut succéder mais qu'on ne remplace pas, feu Paul Garnier. M. de Clérambault rencontra dans cette clinique sans pareille, où abondent les manifestations médicales psychologiques et sociales, le champ d'études de ses rêves. Sous l'influence morale de Garnier, M. de Clérambault a aiguisé ses dons innés de sagacité clinique et de bon sens scientifique. Par son assiduité au travail, par son ardeur à observer les malades, il sut se faire remarquer par son chef de service, dont il fut bientôt un des élèves préférés, ce qui n'était pas facile. Puis, lorsque le sort, par un coup aussi invraisemblable que foudroyant, eut enlevé Garnier à l'affection de ses collaborateurs de l'Infirmierie spéciale, M. de Clérambault, à la suite du mouvement hiérarchique provoqué par ce décès inattendu, fut nommé officiellement médecin-adjoint du service, qu'il avait continué du reste à suivre bénévolement, lorsque, son internat terminé, il fut livré à lui-même. C'était la consécration méritée et légitime de ses capacités cliniques et des connaissances qu'il avait acquises au sujet du maniement délicat, et souvent périlleux, du mécanisme médical et administratif de l'Infirmierie spéciale.

M. de Clérambault jusqu'à présent a publié peu de travaux, car, formé à l'école de Garnier, il estime justement que l'abondance des publications scientifiques est presque toujours en raison inverse de leur réel intérêt : la qualité, dans ce cas, ne correspondant presque jamais

à la quantité. En dehors de sa thèse inaugurale, sur l'othématome, sujet inspiré par notre collègue Picqué, M. de Clérambault a collaboré au travail de Garnier sur les hystériques accusatrices, paru dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, en 1903. Puis, dans la même année, il fit connaître, dans les *Annales de neurologie*, une observation sur un cas de délire collectif; et, en 1907, dans les *Annales médico-psychologiques*, il a publié une observation particulièrement intéressante et rare, d'un délire collectif à quatre, dans laquelle il a fait voir sa finesse clinique, mais aussi une recherche peut-être excessive des détails. Enfin, récemment encore, dans les *Annales médico-psychologiques*, M. de Clérambault a fait paraître un travail très attachant sur un sujet peu connu : *l'Ivresse psychique avec transformation de la personnalité*. Ce travail, dont les éléments ont été recueillis à l'Infirmierie spéciale, fut projeté par Garnier qui l'avait à peine ébauché. Les matériaux gisaient dans les papiers scientifiques échus à M. de Clérambault après le décès du Maître; et sous l'inspiration d'un pieux sentiment d'hommage posthume, M. de Clérambault a terminé ce travail, en lui maintenant le reflet clinique de celui qui en avait conçu l'idée, tout en lui imprimant cependant un cachet personnel et de bon aloi.

C'est là, Messieurs, l'ensemble actuel des travaux que le candidat qui sollicite l'honneur d'entrer dans la Société médico-psychologique, a mis jusqu'à présent au jour; mais il y en a d'autres sur chantier, qui sont non moins intéressants, et dont les matériaux ont été puisés dans la même clinique que les précédents. Aussi votre Commission, qui a été à même d'apprécier personnellement la valeur morale et scientifique de M. de Clérambault, qui sait que derrière le médecin il y a un homme de cœur, votre Commission vous demande d'accorder à M. de Clérambault le titre de membre correspondant, assurée qu'elle est que vous trouverez en lui un collègue courtois, disert, et scrupuleux observateur de ses devoirs professionnels.

Conformément à ces conclusions, M. de Clérambault est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. SEMELAIGNE. — Le Dr Théodore Witry, qui de-

mande à être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger, dirige à Trèves-sur-Moselle une maison de santé pour enfants anormaux et dames nerveuses. Rédacteur à la *Psyché*, journal de neuro-psychiatrie, il écrit et parle le français aussi correctement que l'allemand, et un grand nombre de ses travaux ont été publiés dans les deux langues. Erudit, curieux du passé et amateur de merveilleux, il a feuilleté toutes les archives de la contrée, et en a su tirer d'intéressantes notices. C'est ainsi qu'il nous décrit la déconverte, aux environs de Trèves, en 1601, d'une source miraculeuse qui enlevait tous les maux. De même il raconte l'histoire d'un procès de charlatanisme dans la dite ville, en 1792, et le grand exorcisme pratiqué par l'évêque de Luxembourg, au mois de mai 1842, sur une jeune fille possédée, exorcisme dont les résultats paraissent plutôt médiocres. Je citerai encore parmi les travaux du D<sup>r</sup> Witry un cas de sommeil hystérique d'une durée de quatorze mois, et l'histoire toute récente d'une épidémie religieuse en Allemagne. Cette épidémie a éclaté, à Cassel, au mois de juin de la présente année, et s'est développée comme un feu de paille, gagnant une grande partie de la province de Hesse-Nassau, et frappant environ dix mille personnes; elle n'est pas encore complètement éteinte aujourd'hui.

Messieurs, votre Commission estime que le D<sup>r</sup> Witry mérite le titre qu'il sollicite, et elle m'a chargé de vous prier de le nommer membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Th. Witry est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

## SÉANCE DU 27 JANVIER 1908.

**Présidence de MM. DENY et SÉGLAS.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Buvat, René Charpentier, de Clérambault,

Dapouy, Giraud, Juquelier, Perpère, Phulpin, Piéron, membres correspondants, assistent à la séance.

*A propos du procès-verbal.*

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société d'une réclamation formulée à propos des élections des membres du Bureau de l'année 1908. Contrairement au règlement, le mode de votation n'a pas été le même pour tous les membres du Bureau ; de plus, le rapporteur de la Commission des finances n'a pas donné lecture du rapport de cette Commission.

A la suite d'un échange d'observations, la Société déclare nulles les élections faites à la séance de décembre 1907, et décide qu'il y a lieu de procéder à de nouvelles élections ; puis, la parole est donnée à M. Semelaigne, rapporteur de la Commission des finances, pour la lecture de son rapport.

*Rapport de la Commission des finances.*

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société au 31 décembre 1906, était de	Fr. 2.942 34
Nos recettes en 1907, ont été de . . . .	2.845 45
Total. . . .	5.787 79

Les dépenses ont été de . . . . .	2.373 20
-----------------------------------	----------

Reste un excédent global de . . . . .	3.414 59
---------------------------------------	----------

qui se décompose ainsi :

Société médico-psychologique. . . . .	302 99
Prix Aubanel . . . . .	2.211 60
Prix Belhomme . . . . .	700 »
Prix Moreau (de Tours) . . . . .	200 »
Total . . . .	3.414 59

Tel était l'actif en caisse au 31 décembre 1907.

Quant aux rentes dont dispose annuellement la Société, elles se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique . . . . .	566	»
Rentes du prix Aubanel . . . . .	800	»
Rentes du prix Belhomme . . . . .	300	»
Rentes du prix Moreau (de Tours) . . . .	100	»
<hr/>		
TOTAL . . . .	1.766	»

Il y a cinq ans, M. Brunet ayant été nommé vice-président de la Société, M. Antheaume a accepté de le remplacer comme trésorier. Depuis cette époque, c'est moi que vous avez désigné, chaque année, pour vous présenter le rapport de la Commission des finances. La vérification a toujours été des plus faciles, vu la régularité et la clarté avec lesquelles sont tenus les comptes de notre trésorier. Aussi, en vous priant d'accepter les comptes de l'année 1907, je tiens à vous proposer de voter des remerciements à M. Antheaume pour son zèle et pour son dévouement.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. ANTHEAUME, trésorier, déclare se démettre de ses fonctions.

### *Élection du Bureau de 1908.*

Il est procédé, au scrutin secret, aux élections des membres du Bureau pour l'année 1908.

Election du Vice-Président :

Sur 23 votants, M. LEGRAS obtient 23 voix.

M. LEGRAS est élu vice-président à l'unanimité des votants.

Election du Secrétaire général :

Sur 24 votants :

MM. RITTI . . . . .	21	voix.
DUPAIN . . . . .	1	—
Bulletins blancs . .	2	—

M. RITTI est élu secrétaire général.

Election de deux Secrétaires des séances.

Sur 24 votants :

MM. DUPAIN et VIGOU-	
ROUX . . . . .	23 voix.
Bulletin blanc . . . .	1

MM. DUPAIN et VIGOUROUX sont élus secrétaires des séances.

Election du Trésorier-Archiviste.

Sur 24 votants :

M. PACTET . . . . .	22 voix.
Bulletins blancs . . . .	2

M. PACTET est élu trésorier-archiviste.

Election des membres du Comité de publication :

Sur 22 votants :

MM. ARNAUD . . . . .	20 voix.
BLIN . . . . .	17 —
POTIER . . . . .	17 —
TRÉNEL . . . . .	3 —
COLIN . . . . .	2 —
ANTHEAUME . . . . .	1 —
GILBER BALLE . . . . .	1 —
BRIAND . . . . .	1 —
CHASLIN . . . . .	1 —
DUPRÉ . . . . .	1 —
SÉRIEUX . . . . .	1 —
TOULOUSEL . . . . .	1 —

MM. ARNAUD, BLIN, POTTIER, sont élus membres du Comité de publication.

M. BOISSIER, bibliothécaire, dont les fonctions ne sont pas prévues par le règlement, est désigné à nouveau par acclamation.

### *Installation du bureau.*

M. DENY. — Messieurs et chers collègues, je vais abandonner aujourd'hui le fauteuil où vos bienveillants suffrages m'ont appelé il y a un an ; avant de céder la place à votre nouvel élu, le Dr Ségla, permettez-moi de vous remercier encore une fois du très grand hon-

neur que vous m'avez fait et de vous renouveler l'assurance de mon profond dévouement.

L'activité de notre Société s'est affirmée pendant l'année qui vient de finir par un certain nombre de travaux qui nous permettent d'envisager l'avenir avec confiance.

Trois importantes discussions ont occupé la plus grande partie de nos séances.

La première avait trait au placement des aliénés difficiles : elle a été soulevée par M. Vigouroux à propos de l'odyssée de deux débiles moraux dont la vie s'est écoulée partie en prison, partie à l'asile, et qui n'étaient à leur place ni dans l'un, ni dans l'autre de ces établissements. Que la création d'un asile spécial s'impose pour de tels sujets, c'est là un fait aujourd'hui presque unanimement admis par les aliénistes et les magistrats; mais où les avis diffèrent, c'est sur le mode de fonctionnement de cet asile, et c'est sur ce point que M. Vigouroux demandait quelques éclaircissements.

M. Colin, qui est depuis longtemps désigné par l'orientation de ses travaux pour prendre la direction de ce service d'aliénés vicieux, appelés par euphémisme aliénés difficiles, a répondu à M. Vigouroux que la caractéristique du nouvel asile serait de soustraire aux asiles ordinaires la foule de débiles vicieux, alcooliques, hystériques, épileptiques qui les encomrent, et de créer une sorte d'assistance par le travail pour tous ces déséquilibrés qui, actuellement, entrent dans les asiles ou en sortent au gré de leur fantaisie.

A la discussion visant surtout les conditions dans lesquelles s'effectueraient l'admission et la sortie des aliénés internés dans l'asile spécial, ont pris part MM. Vallon, Christian, Vigouroux, Séglas, Pactet et Dupré. Finalement, cette discussion qui a occupé trois séances s'est terminée par le vote d'un vœu tendant à ce que, dans la loi en préparation sur les aliénés, il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles en même temps que des asiles spéciaux consacrés au traitement des arriérés, épileptiques, alcooliques, etc. et, en outre, à ce que les dispositions concernant la sortie des aliénés criminels soient applicables aux aliénés difficiles.



Ce sont MM. Pactet et Courbon qui ont été les promoteurs de la seconde discussion. Leur communication était intitulée : « Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés. »

D'après ces auteurs, l'interprétation délirante est un phénomène banal, dépourvu de tout caractère spécifique, qui entre dans la constitution de tous les délires systématisés chroniques, et qui, par conséquent, ne peut pas servir à en caractériser une variété. C'était, comme on le voit, remettre en question la légitimité de la forme clinique qui nous a été présentée, il y a déjà plusieurs années, par MM. Sérieux et Capgras, sous le nom de psychose systématisée chronique à base d'interprétations.

A l'appui de cette manière de voir, MM. Vigouroux et Juquelier ont relaté l'observation d'un persécuté dont le délire, quoique s'étant développé exclusivement à l'aide d'interprétations délirantes, avait été marqué par des tendances persécutrices, et ces auteurs ont conclu en disant qu'ils ne saisissaient pas la différence essentielle qui, d'après MM. Sérieux et Capgras, sépare les malades atteints de psychose à base d'interprétations délirantes, des persécutés-persécuteurs.

MM. Dupré et Vallon se sont rangés à cette opinion et ont déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'établir une distinction nosologique entre le délire des persécutés-persécuteurs et la psychose à base d'interprétations délirantes.

En l'absence de M. Sérieux, beaucoup plus autorisé que moi, j'ai essayé de montrer qu'en s'appuyant uniquement sur les caractères intrinsèques des interprétations, abstraction faite des autres éléments de différenciation formulés par MM. Sérieux et Capgras, il me semblait relativement facile, au moins dans les cas typiques, de distinguer la psychose à base d'interprétations des autres variétés de délires systématisés chroniques.

La troisième discussion a porté sur les rapports des traumatismes crâniens et des troubles psychiques. Elle a été amorcée par une communication de M. Vigouroux relative à un homme qui avait présenté, à la suite d'une chute sur la tête, de l'agitation, de la confusion et de l'amnésie rétro et antéro-grade. Mais comme cet homme

n'était pas seulement un traumatisé, mais aussi un auto-intoxiqué par insuffisance hépato-rénale, il était assez difficile de préciser le rôle joué par le traumatisme dans la pathogénie de ses troubles mentaux.

Cette observation, de l'aveu même de son auteur, était donc un peu trop complexe pour jeter une vive lumière sur le développement encore si obscur des troubles mentaux post-traumatiques. M. Picqué n'en a pas moins saisi l'occasion de proclamer une fois de plus l'impérieuse nécessité de la collaboration de la chirurgie et de l'aliénation mentale. Notre sympathique collègue a rappelé que depuis longtemps il s'était attaché à démontrer qu'en outre de leurs conséquences psychiques éloignées, les traumatismes du crâne sont souvent suivis de troubles mentaux immédiats ou précoces, imputés, trop souvent sans raisons valables, à l'alcoolisme, et qu'il est de la plus haute importance de rattacher à leur véritable origine, parce qu'ils peuvent être la source d'indications opératoires au même titre que les troubles sensitivo-moteurs.

Se faisant l'écho de la discussion que souleva cette question au récent Congrès de Lille, MM. Pactet et Vallon ont montré de quelles incertitudes était encore entouré le diagnostic de la paralysie générale traumatique. Et M. Briand a particulièrement insisté sur l'intérêt que présente l'étude des rapports des traumatismes et des troubles mentaux, surtout depuis le fonctionnement de la loi sur les accidents du travail.

Dans l'intervalle de ces discussions, vous avez entendu un certain nombre de communications intéressantes que, faute de temps, je me borne à mentionner.

M. Ducosté a bravement porté à votre tribune le très gros problème des rapports de l'involution présénile et des psychoses, et plus spécialement du rôle de l'involution dans la folie maniaque dépressive.

L'ampleur du sujet, que l'auteur a traité avec beaucoup d'originalité, n'a pas permis de le discuter; il eût fallu, en effet, y consacrer toutes nos séances, peut-être même les doubler. Ce n'est, sans doute, que partie remise, M. Ducosté nous ayant promis de compléter, par des communications ultérieures, son important mémoire.

M. Marchand (de Blois) nous a communiqué deux travaux intéressants, écrits en collaboration, l'un avec M. Olivier, l'autre avec M. Nouët. Le premier est relatif à une débile chez laquelle un délire chronique polymorphe semble s'être développé secondairement à des hallucinations psychiques.

Le second tend à démontrer que, contrairement à une opinion assez généralement admise, il n'y a pas incompatibilité entre l'épilepsie et la paralysie générale.

MM. Pactet et Briand ont émis quelques doutes à ce sujet, parce que des accidents épileptiformes peuvent précéder de plusieurs années l'apparition de la paralysie générale, tout en lui restant subordonnés, et surtout parce que le malade de MM. Marchand et Nouët avait contracté la syphilis avant de devenir épileptique.

Plus probante est certainement l'observation signalée par M. Arnaud d'un paralytique général qui avait présenté des accès typiques d'épilepsie avant de devenir syphilitique.

MM. Rémond et Lagriffe vous ont adressé les observations de deux cas de chorée variable chez des démentes précoces.

M. Benon nous a communiqué un exemple caractéristique de psychose systématisée chronique d'interprétations du type Sérieux-Capgras, qui n'a été l'objet d'aucune critique.

Une intéressante contribution à l'étude tout à fait à l'ordre du jour des rapports des glandes à sécrétion interne et de la psychose maniaque-dépressive vous a été présentée par MM. René Charpentier et Courbon d'une part, par M<sup>lle</sup> Landry et M. P. Camus de l'autre, à propos de deux cas de folie circulaire associée à un goitre exophtalmique.

Pour établir qu'il existe un lien pathogénique entre ces deux affections, ainsi que l'ont soutenu récemment MM. Parhon et Marbé, il eût fallu montrer qu'à la diminution ou à l'augmentation des symptômes d'hyperthyroïdie correspondaient une atténuation ou une exagération parallèle des troubles psychiques. Cette démonstration n'a pas été faite.

Parmi les travaux d'ordre anatomo-pathologique qui vous ont été soumis, je relève un cas d'athérome de

l'aorte avec gangrène symétrique des membres inférieurs chez une mélancolique sénile, par M<sup>lle</sup> Landry; un cas de surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux avec troubles aphasiques, par MM. J. Charpentier et Halberstadt; et enfin un cas de mélancolie et de pouls lent permanent avec lésions bulbaires et cardiaques, par M. René Charpentier.

Je rapprocherai encore de ces faits la très curieuse observation, qui vous a été lue par M. Brissot, d'un malade qui, malgré la présence de trois balles de revolver dans le cerveau, n'a présenté aucun trouble psychique ou somatique.

Je termine cette rapide revue en vous signalant la communication de MM. Rémond et Voivenel, la seule hélas! qui ait trait à la thérapeutique des maladies mentales et qui est intitulée : « Action des injections intra-musculaires de substance grise dans les insuffisances de la substance cérébrale. »

Si brève qu'elle soit, cette énumération suffit à vous montrer que la Société a fait cette année de bonne et utile besogne; elle en fera de meilleure encore, j'en suis sûr, l'année prochaine, sous l'impulsion de son nouveau président, M. Séglas.

Mes chers collègues, nous avons fait cette année plusieurs pertes douloureuses dans la personne de MM. Féré et Christian, membres titulaires; de M. Goujon, membre honoraire; de M. Danner, membre correspondant, et de M. Vaschide, membre associé étranger.

J'aurais voulu faire revivre un instant devant vous les figures de ces disparus; mais leur existence à tous a été trop remplie, et l'empreinte laissée par quelques-uns d'entre eux dans les différentes branches de notre spécialité trop profonde, pour qu'il soit possible de le faire en quelques lignes.

Pour combler les vides que la mort a faits dans nos rangs, vous avez nommé M. Trenel, membre titulaire; MM. Riche, Rémond, Duhem, Hartenberg, Olivier, Bussard, Dupouy, Rodiet, Jacquin, Charpentier et de Clérambault, membres correspondants, et membres associés étrangers : MM. Motti, Hans Evensen, J. Moreira, Muggia, d'Hollander, Alberti et Witry.

A tous, je souhaite la bienvenue en votre nom, avec

le ferme espoir qu'ils voudront bien prendre une part active à nos travaux.

Si elle nous a causé des tristesses, l'année qui vient de s'écouler nous a aussi procuré une douce joie. M. Gilbert Ballet, qui nous a si souvent tenu sous le charme de sa parole, a été nommé à une des chaires de la Faculté de Médecine. C'est la réalisation d'un vœu tacite que depuis longtemps nous formions tous au fond de notre cœur.

Nous devons encore à la fin de la dernière année et au commencement de celle-ci quelques autres satisfactions. Des prix ou des récompenses ont été obtenus par plusieurs membres de la Société :

A l'Académie de Médecine, le prix Lorquet a été attribué à M. R. Charpentier, et une mention honorable à M. Ingegneros (de Buenos-Ayres) ;

M. Rodiet a obtenu une mention honorable pour le prix Herpin (de Genève) ;

Le prix Lallement, de l'Académie des Sciences, a été décerné à M. Régis ;

A l'Académie des Sciences morales et politiques, des récompenses provenant du prix Saintour ont été données à MM. Gimbal, A. Marie et Antheaume.

Nous avons en enfin l'agréable, mais trop rare surprise, de voir figurer l'un des nôtres, M. Kéraval, dans la promotion de janvier de la Légion d'honneur.

La Société s'associe à la joie des uns, au triomphe des autres, et adresse à tous ses sincères félicitations.

Et maintenant, mes chers collègues, mon rôle est terminé. Avant de reprendre ma place au milieu de vous, je remercie M. le Secrétaire général et MM. les Secrétaires annuels du concours qu'ils m'ont prêté dans l'accomplissement d'une tâche que votre bienveillance rendait d'ailleurs facile. Que notre nouveau vice-président, M. Legras, venille bien prendre place au Bureau et considérer la dignité que vous lui avez conférée comme un faible témoignage de la haute estime en laquelle nous le tenons tous, pour la droiture de son caractère et la correction de sa longue et laborieuse carrière.

Je prie enfin mon ami Ségla de vouloir bien me remplacer au fauteuil présidentiel : il lui revient de

droit puisqu'il est votre élu ; mais il lui appartient aussi par droit de conquête, car ses travaux font autorité auprès des psychiatres du monde entier, et son savoir n'est égalé que par sa modestie.

M. SÉGLAS prend place au fauteuil de la présidence et, dans une brève allocution, exprime à la Société ses remerciements pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses travaux pendant l'année 1908.

### *Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Trénel, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;
- 2° Des lettres de MM. René Charpentier et de Clérambault, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants ;
- 3° Des lettres de MM. Angelo Alberti, Juliano Moreira et Witry, qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers ;
- 4° Une lettre de M. Otto Rauke, assistant de la clinique psychiatrique de Heidelberg, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Colin, Vallon et Chaslin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *La paralysie générale post-traumatique. Etude étiologique et médico-légale*, par M. Froissart ;
- 2° *Sur la nature et l'unité de la psychose affective ; Sur la morphologie du ganglion spina de l'homme ; Cytophagie et cytolise dans le tissu nerveux*, par M. G. Esposito.

*Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1908.*

PRIX AUBANEL. — Question : *Les amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

Deux mémoires ont été envoyés :

- N° 1. Auteur : M. le D<sup>r</sup> R. Benon, interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint des asiles d'aliénés.
- N° 2. Auteur : M. le D<sup>r</sup> Dromard, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise).

**PRIX ESQUIROL.**— Deux mémoires ont été envoyés :  
N° 1. *Psychoses de la volonté*. Devise : « La volonté est la maîtrise de soi. »

N° 2. *L'œil dans les états épileptiques et l'hystérie*, par MM. les D<sup>rs</sup> A. Rodiet, P. Pansier et E. Caus.

### *Nominations des Commissions de prix.*

**PRIX AUBANEL.**— MM. Blin, Briand, Klippel, Seme-laïne, Vallon.

**PRIX ESQUIROL.**— MM. Arnaud, Dupain, Pactet, Trénel, Vigoureux.

### *Rapport de candidature.*

M. BLIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Dupain, Legras et Blin, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D<sup>r</sup> Levassort, médecin de l'asile d'Alençon, qui sollicite le titre de membre correspondant.

C'est pour moi un plaisir d'avoir à vous rappeler les titres de M. Levassort, dont j'ai pu, il y a quelque six ans, apprécier la précieuse collaboration à la Colonie de Vaucluse. Et si je dis « rappeler », c'est que déjà, à diverses reprises, M. Levassort a fait à notre Société des communications fort intéressantes.

C'est d'abord, en avril 1904, un cas de folie à deux avec infériorité relative de l'organe actif. Puis, en juin 1905, deux cas de perversion instinctive avec précocité sexuelle remarquable, l'un des deux cas ayant trait à une enfant de sept ans qui, déjà, cherchait, chaque fois qu'elle le pouvait, à pratiquer des attouchements sur les petits garçons. En 1906, nouvelle présentation relative à des enfants martyrs, victimes d'une mère atteinte du délire de persécution.

M. Levassort n'est donc pas un inconnu pour nous, mais ses titres ne se bornent pas là.

Dès l'abord interne des hôpitaux de Caen, il passe ensuite le concours d'externe des hôpitaux de Paris, puis celui d'interne des asiles de la Seine. J'eus la bonne fortune de l'avoir comme interne en 1902 ; après son séjour à la Colonie de Vaucluse, il resta trois années

consécutives dans le riche service de l'Infirmierie spéciale du Dépôt, où il réunit les documents de sa thèse inaugurale sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales, sujet déjà traité, sans doute, mais toujours intéressant au point de vue de la psychiatrie.

Dans cet important travail, après avoir passé en revue la question des troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales, d'après les auteurs, M. Levassort rapporte quatre observations personnelles qui lui ont permis de formuler les conclusions suivantes :

1° Les troubles psychiques ne surviennent, en général, à la suite des tumeurs, que chez les sujets prédisposés ;

2° Au point de vue pathogénique, la compression intra-cranienne et ses conséquences expliquent l'affaiblissement intellectuel. Les accidents auto-toxiques et auto-infectieux sont la cause des troubles délirants surajoutés ;

3° Il est impossible de localiser le siège de la tumeur par les signes psychiques qui accompagnent son évolution.

Entre temps, M. Levassort publiait des mémoires sur les sujets les plus variés :

1° Sur une forme atypique de dépersonnalisation chez une délirante chronique ;

2° Quelques cas de tendance pathologique au mensonge ou mythomanie ;

3° L'ivresse pseudo-rabique ;

4° Présentation à la Société de médecine d'Alençon d'une observation de malade atteint de troubles psychiques d'origine épileptique, avec conservation du souvenir.

Voilà déjà un bagage scientifique assez chargé, mais il manque à cette couronne psychiatrique un de ses plus beaux fleurons, j'entends l'importante étude publiée l'an dernier par MM. Levassort et Dromard sur l'amnésie au point de vue sémiologique et médico-légal, et à laquelle l'Académie de médecine a décerné le prix Lorquet.

Dans ce beau travail, que tout psychiatre devra consulter pour être fixé sur la nature des amnésies, sont d'abord étudiées les amnésies fonctionnelles, dont le ca-



ractère fondamental réside dans l'évolution, puisqu'elles sont essentiellement paroxystiques : on distingue parmi elles les amnésies de commotion, les amnésies d'intoxication, les amnésies dans les névroses et l'amnésie dans les vésanies.

D'autre part, on trouve l'amnésie organique dont le caractère général est permanent et progressif.

La part la plus importante dans le groupe des amnésies organiques revient à la paralysie générale, à côté de laquelle on trouve les autres lésions cérébrales diffuses, les lésions disséminées et les lésions circonscrites.

Entre les deux formes d'amnésie organique et d'amnésie fonctionnelle, on rencontre une sorte de forme du passage constituée par la psychose polynévritique de Korsakoff.

La médecine légale des amnésies est, à coup sûr, un des chapitres les plus importants de la médecine légale psychiatrique, comme aussi un des plus délicats. M. Levassort a clairement mis en relief les principaux cas que peuvent rencontrer les cliniciens et l'expert, relativement aux troubles mnésiques ; mais pour intéressante qu'elle soit, l'étude détaillée de ce sujet nous entraînerait bien loin. D'ailleurs, le livre de MM. Levassort et Dromard est entre les mains de chacun de nous, et je perdrais notre temps à en faire ressortir l'intérêt.

Après le rapide énoncé que je viens de faire des travaux de M. Levassort, il me paraît inutile d'insister sur la valeur des titres qui le désignent à vos suffrages ; une chose vous étonnera comme moi, c'est qu'il ne soit pas déjà des nôtres. Aussi votre Commission espère que vous voudrez bien lui ouvrir toute grande la porte de notre Société en lui décernant le titre qu'il sollicite, de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Levassort est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie de médecine.

ANNÉE 1907

I. — *Sur le programme du Congrès pénitentiaire international à Washington en 1910*; par A. Motet, rapporteur (séance du 5 février). — Invitée à faire connaître son sentiment sur les questions qui pourraient être de préférence inscrites au programme pénitentiaire international de 1910, l'Académie de médecine, sur rapport d'une Commission composée de MM. Henri Monod, Magnan et Motet, a décidé de proposer à l'examen du Congrès les trois questions suivantes :

*Première question.* — a) « De l'utilité d'établir dans toutes les Facultés de droit l'enseignement de notions élémentaires de psychiatrie. »

b) « De l'utilité d'exiger des médecins des établissements pénitentiaires des connaissances psychiatriques étendues, leur permettant de constater l'état mental des condamnés au moment de leur arrivée et au cours de la détention. »

*Deuxième question.* — « De l'utilité de créer des établissements spéciaux, intermédiaires entre la prison et l'asile d'aliénés, où seraient retenus sans être condamnés, mais pour un temps que fixerait l'arrêt ou le jugement; les auteurs de faits qualifiés crimes ou délits graves, dont l'infériorité mentale, les anomalies intellectuelles et morales, auraient été reconnues par les cours ou les tribunaux après examen médico-légal. »

*Troisième question.* — « N'y aurait-il pas lieu d'interdire dans les établissements pénitentiaires, pour les condamnés alcooliques, comme on le fait dans les quartiers de traitement des alcooliques, l'usage des boissons alcooliques, distillées ou fermentées ? »

II. — *Rein mobile. Tiraillement des capsules surrénales.*

*Accidents nerveux et folie guéris par la fixation du rein*; par le D<sup>r</sup> Just Lucas-Championnière (séance du 11 juin).

M. Lucas-Championnière a observé personnellement chez des sujets atteints de « rein flottant », des phénomènes nerveux de toutes sortes, depuis de simples douleurs vagues et fugaces jusqu'à des accidents graves de neurasthénie, et il a toujours obtenu de l'intervention opératoire pratiquée dans les cas de ce genre les plus heureux résultats. Aussi se montre-t-il tout disposé à ajouter foi aux faits de « guérison de la folie par la fixation du rein », récemment produits par M. le D<sup>r</sup> Suckling, de Birmingham; dans une publication que M. Lucas-Championnière croit utile de faire connaître à l'Académie.

Visitant, il y a deux ans, un asile public d'aliénées, M. Suckling « s'avisait d'examiner 50 femmes et fut surpris de constater que 29 d'entre elles avaient un ou les deux reins abaissés: 17 avaient le rein droit seul abaissé; 3, le gauche; 9 les deux reins ». Renouvelant la même expérience dans un asile privé, le même auteur trouva encore 33 p. 100 de reins prolabés: « Les malades examinées avaient surtout de la mélancolie; mais il y avait aussi des cas de manie et de démence. La majorité des patientes étaient au-dessous de quarante ans. »

M. Suckling crut devoir, en l'espèce, « attribuer la folie à l'empoisonnement que détermine la coudure de l'uretère du rein déplacé ». Il fit opérer un certain nombre de sujets; et, sur 21 opérations ainsi pratiquées, 20 furent « suivies d'un état apparent de guérison parfaite ».

M. Lucas-Championnière n'accepte pas la théorie pathogénique adoptée par M. Suckling: il n'a jamais pu constater cliniquement la prétendue gêne occasionnée à la fonction éliminatrice du rein par la ptose de cet organe, et il rapporterait beaucoup plus volontiers tous les phénomènes morbides observés au tiraillement exercé par le rein ballant sur la capsule surrénale correspondante et sur les riches plexus nerveux qui l'entourent. Mais, cette réserve faite, il se déclare, comme M. Suckling, partisan résolu de la néphropexie en pareil cas; d'après lui, « les insuccès qui ont compromis cette excellente opération dépendent le plus souvent d'une mauvaise technique » et sa statistique personnelle prouve que 58 opérées sur 60 peuvent retirer de l'intervention un bénéfice considérable, quelquefois instantané et immédiat, en tout cas durable, et qui même, « chose curieuse, s'améliore avec les années ».

III. — *La maladie de Jean-Jacques Rousseau, d'après des*

*documents récents*; par Antonin Poncet et René Leriche (séance du 31 décembre). — Jean-Jacques Rousseau avait un rétrécissement congénital de l'urètre : son dernier testament, qui vient d'être découvert (février 1907) et qui contient son auto-observation, ne saurait laisser, suivant MM. Poncet et Leriche, aucun doute à cet égard. Voici d'ailleurs, résumés d'après la description du malade lui-même, les principaux symptômes qui permettent d'établir un pareil diagnostic, et d'éliminer, en particulier, l'hypothèse de spasme récemment produite par M. Régis : Troubles urinaires datant de la jeunesse. Pas de blennorrhagie. Pas de traumatisme. Rétention incomplète habituelle. Incontinence probable; miction par regorgement. Cathétérisme presque impossible; rétrécissement serré, n'admettant qu'une fine bougie. Pas de calcul. Marche progressive des accidents.

Cette donnée clinique ainsi dûment établie, MM. Poncet et Leriche se demandent s'il n'est pas possible d'admettre que l'état des voies urinaires de J.-J. Rousseau ait pu conditionner toute sa pathologie, — l'on sait combien elle fut complexe, — et si, au lieu de voir en lui « un psychasthénique portant sa vessie dans sa tête », il ne serait pas plus logique de penser que beaucoup de ses bizarreries et de ses « folies » ont été aggravées, sinon produites, par ses troubles urinaires, par sa dysurie prolongée. Ce pourrait bien être là, d'après MM. Poncet et Leriche, « le motif réel de son hypochondrie » et cela suffirait, en tout cas, à expliquer bon nombre des « défaillances » qui ont été tant reprochées à l'illustre écrivain.

GEORGES VERNET.

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1904

I. — *Contribution à l'étude de la paralysie pupillaire hémianopique*; par les D<sup>rs</sup> Friedlaender et Kempner (numéro de janvier). — C'est Wernicke qui, en 1883, a établi sur des vues théoriques la doctrine de la réaction pupillaire hémianopique dans les affections des bandelettes optiques, et V. Leyden qui

le premier a confirmé cette doctrine par des constatations anatomo-pathologiques. Elle repose sur ce fait, que le cercle réflexe des réactions pupillaires quitte la bandelette optique pour gagner le noyau de l'oculo-moteur et de là innerver l'iris. Il s'ensuit que toute interruption dans la conductibilité de la bandelette optique a pour conséquence la disparition de la contraction réflexe de la pupille par excitation de la partie de la rétine frappée de cécité.

Mais beaucoup d'auteurs ont prétendu que la paralysie hémianopique de la pupille était difficile à établir, en raison de l'impossibilité d'obtenir l'éclairage isolé d'une partie de la rétine. Le D<sup>r</sup> Kempner a, de concert avec Fragstein, construit un appareil composé d'une lampe électrique et d'un projecteur ingénieux qui permet de lancer un faisceau lumineux très fin sur telle ou telle partie de la rétine. Il a servi aux auteurs pour l'étude d'un cas de syphilis cérébrale avec hémiplegie gauche, atrophie gauche de la langue et du palais, troubles de déglutition, atrophie optique bilatérale, hémianopsie gauche avec paralysie pupillaire hémianopique très marqués. Sans entrer dans tous les détails d'ailleurs très intéressants de cette observation qui ont amené les auteurs au diagnostic de syphilis cérébrale avec méningite gommeuse de la base, il faut dire l'intérêt qu'ils attachent à la constatation de la paralysie pupillaire hémianopique faite au moyen du nouvel appareil, constatation qui a permis d'affirmer une lésion de la bandelette optique droite. La paralysie pupillaire hémianopique ne s'observe en effet que dans ce cas, alors que dans les cas d'hémianopsie d'origine centrale le réflexe pupillaire se produit également quand on éclaire la partie de la rétine frappée de paralysie. Aussi espèrent-ils que leur nouvelle méthode d'éclairage localisé de la rétine contribuera à fournir les éléments nécessaires pour fixer la valeur clinique et diagnostique du phénomène de la paralysie pupillaire hémianopique.

II. — *Du réflexe cornéo-mandibulaire* ; par le D<sup>r</sup> Friedrich v. Sölder (numéro de janvier). — Kaplan a contesté le caractère réflexe du phénomène décrit par l'auteur sous le nom de réflexe cornéo-mandibulaire et consistant en mouvements latéraux du maxillaire inférieur à la suite de l'excitation de la cornée. Il veut voir dans ce phénomène un mouvement associé, soit à la contraction de l'orbiculaire, soit à quelque autre impulsion ne se traduisant pas par un mouvement appréciable. L'auteur laisse à Kaplan le soin de prouver la réalité d'une pareille

impulsion. Quant à la dépendance du phénomène d'une contraction de l'orbiculaire, il la réfute par les remarques suivantes : la contraction du muscle ptérigoïdien n'accompagne la contraction de l'orbiculaire que lorsque celle-ci est provoquée par l'irritation de la cornée ; elle ne se produit pas quand la contraction de l'orbiculaire est due à l'excitation de la sclérotique ou de la conjonctive, à l'action de la lumière ou de la volonté.

En cas d'occlusion réflexe bilatérale des paupières le réflexe mandibulaire ne se produit que du côté où la cornée est excitée ; et il n'existe pas en dehors de la contraction de l'orbiculaire par excitation de la cornée, d'autre contraction musculaire susceptible de servir d'intermédiaire entre l'excitation cornéenne et la contraction du muscle ptérigoïdien. Kaplan met en doute la nature réflexe du phénomène. Ce doute ne saurait se justifier puisque le phénomène présente tous les caractères d'un réflexe et rien que ceux-ci. Il est en effet provoqué par une excitation sensitive bien localisée ; il est invariable dans sa forme, indépendant de la volonté et peut souvent être provoqué même dans l'état comateux.

III. — *Un réflexe de la face* ; par le Dr Fuchs (numéro de janvier). — Qu'on exerce avec le doigt une légère pression sur le globe oculaire, les paupières étant légèrement closes, et l'on observera chez près de la moitié des sujets des contractions musculaires dans la région buccale (zygomatique, carré supérieur des lèvres). C'est là un réflexe partant de la première branche du trijumeau et aboutissant au facial. L'observation fixera sa valeur symptomatologique. Il peut être utilisé chez les enfants et les malades timides, et peut donner des indications sur la valeur fonctionnelle du facial.

IV. — *Un nouveau phénomène spino-musculaire à l'état normal* ; par M. Carthy (numéro de janvier). — Quand sur un individu couché la face en bas, les jambes relâchées et les talons rapprochés, on percute la région des deuxième et troisième vertèbres lombaires, on observe une contraction simultanée du semi-membraneux et du semi-tendineux, accompagnée souvent d'un mouvement de toute la jambe. Bechterew a décrit un phénomène analogue sous le nom de réflexe lombo-fémoral. L'auteur adopte le nom de phénomène spino-musculaire, parce qu'il estime qu'il ne s'agit pas là de réflexes au sens propre du mot, mais d'un phénomène dû à l'excitation mécanique qui des os de la colonne vertébrale se transmet à la moelle ou aux racines antérieures. Ce serait un phénomène analogue à celui de

Chvostek. On ne s'explique pas pourquoi il ne se produit pas dans d'autres muscles, par percussion d'autres points de la colonne vertébrale.

V. — *Un cas de psychose à la suite de tumeurs cérébrales multiples*; par Hoppe (numéro de janvier). — Un maréchal ferrant de cinquante-six ans présente d'emblée en 1892 des troubles psychiques graves. Un beau matin il est tout égaré, ne peut plus travailler dans son atelier, a des excréctions involontaires. Entré à l'hôpital, il présente de la lenteur des idées, et sans excitation, sans délire, sans symptômes de paralysies localisées, il tombe peu à peu dans un état comparable à celui de la démence paralytique à sa période ultime. Admis à l'asile d'aliénés il présente des phénomènes très nets de négativisme alternant avec des états cataleptiformes, et succombe dans le marasme le 16 juillet. L'autopsie révèle dans les parties les plus diverses du cerveau l'existence de douze tumeurs de dimensions variables reconnues comme cancéreuses à l'examen microscopique; à l'exception d'une tumeur analogue dans le poumon gauche, on n'observe pas d'autres lésions dans les différents organes.

Il y a donc eu une affection psychique causée par des tumeurs se développant peu à peu, sans provoquer d'abord d'autres troubles somatiques, affection psychique évoluant avec négativisme et phénomènes cataleptiques rappelant la stupeur catatonique.

VI. — *Emphysème cutané à la suite d'attaques d'épilepsie*; par le Dr Ransohoff (numéro de janvier). — Fischer a, dès 1873, traité de l'emphysème cutané, et a admis qu'il se produisait alors que les poumons étaient fortement comprimés en même temps que le rétrécissement ou l'obturation de la trachée s'opposaient à la sortie de l'air. Il expliquait le phénomène par la rupture de vésicules pulmonaires, l'irruption de l'air dans le tissu interlobulaire, puis dans le tissu péri-bronchique et dans la peau du cou, sans produire de pneumothorax.

Parmi les différentes causes de l'accident, ni Fischer ni les autres n'ont mentionné l'attaque d'épilepsie.

L'auteur a observé l'emphysème sous-cutané de la région cervicale chez un épileptique. La crise d'épilepsie au moment où la glotte est rétrécie par le cri, présente en effet les conditions favorables; mais contrairement à Fischer, il croit pouvoir attribuer chez l'épileptique ce phénomène à une rupture de la muqueuse trachéale et non à la rupture des alvéoles pulmonaires.

A l'appui de sa thèse il invoque l'unilatéralité de l'emphysème, la douleur accusée par le malade à un endroit précis du cou, soit à la compression, soit au moment de la déglutition, enfin l'expulsion d'une certaine quantité de sang qui n'avait pas l'aspect spumeux caractéristique.

Il explique l'augmentation progressive de l'emphysème qu'il a observé, par la persistance durant un certain temps de la rupture trachéale.

Il a constaté aussi que, selon la règle ordinaire, l'emphysème ne communiquant pas avec l'air extérieur ne donne pas lieu à des accidents infectieux. C'est en somme un accident sans gravité et qui ne réclame aucun traitement.

VII. — *Deux réflexes cutanés nouveaux des membres inférieurs*; par le D<sup>r</sup> Redlich (numéro de février). — Pour rechercher ces réflexes, il faut coucher le sujet sur le côté, les genoux étant pliés, ou sur le ventre, les muscles étant relâchés. Un frôlement exercé sur la ligne médiane de la face postérieure de la cuisse amène une contraction du biceps, et même du demi-membraneux et du demi-tendineux, si le réflexe est très marqué. La zone réflexogène s'étend parfois depuis le pli fessier jusqu'au mollet. D'autre part, le frôlement de la face postérieure de la jambe provoque une flexion plantaire du pied et des orteils. Parfois, la zone réflexogène s'étend en haut jusqu'à la fesse.

Quand les réflexes sont très marqués, ils se produisent aussi du côté opposé. Le phénomène est souvent plus accentué pour la cuisse que pour la jambe, il ne se produit pas toujours des deux côtés avec la même intensité.

C'est un phénomène physiologique, comparable peut-être au phénomène spino-musculaire récemment décrit par Mc Carthy, mais distinct du réflexe fémoral de Reinach. Ce réflexe, quoique fréquent, n'a pas la constance du réflexe plantaire, crémastérien, etc. Il est plus accusé dans l'enfance. Sa disparition a la même signification diagnostique et pathologique que celle des autres réflexes cutanés, et il n'est pas encore démontré que sa recherche soit de nature à étendre nos connaissances.

L'auteur l'a vu, dans les cas d'hémiplégies cérébrales, se comporter comme les autres réflexes cutanés, c'est-à-dire diminuer du côté paralysé.

VIII. — *Myokymie*; par le D<sup>r</sup> Meinertz (numéro de février). — L'auteur rapporte un nouveau cas de myokymie observé chez un homme de quarante et un ans, présentant la



contraction fibrillaire typique de presque tous les muscles striés, jointe à d'autres symptômes nerveux, tels que tremblement des mains, exagération des réflexes patellaires, diminution de ceux du palais, etc.; sans paralysies ni spasmes, sans signes de dégénérescence musculaire ni autres symptômes de lésions en foyer du cerveau ou de la moelle. L'affection a évolué pendant plusieurs années avec des rémissions et un état général satisfaisant.

Cette affection, décrite par Kny sous le nom de myoclonus fibrillaris multiplex, par Morvan sous celui de chorée fibrillaire, et par Schulze sous la dénomination de myokymie, est-elle liée à des altérations organiques du système nerveux ou de l'appareil musculaire?

Dans le cas rapporté par l'auteur, on n'observe ni dégénérescence des muscles, ni la tendance progressive des atrophies musculaires liées à des lésions des faisceaux moteurs. L'auteur rejette également l'idée d'une névrite périphérique, il croit qu'il s'agit d'une névrose, d'une neurasthénie avec exagération de l'irritabilité des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle. Cela est d'autant plus vraisemblable que le malade présentait d'autres signes de neurasthénie.

Au point de vue de l'étiologie, l'auteur se contente de faire remarquer que c'est le troisième cas publié dans lequel un certain degré d'intoxication saturnine paraît pouvoir être soupçonné; mais ce facteur n'est pas établi de façon concluante.

Le pronostic est plutôt bénin. Le traitement consiste en administration de bromure, de bains chauds, et en électrothérapie.

IX. — *De l'aphasie amnésique*; par le Dr Popoff (numéro de février). — Travail très intéressant, dans lequel, en discutant un certain nombre de faits rapportés par différents auteurs, il est constaté que la même forme du syndrome aphasie est appelée par les uns motrice, par les autres amnésique, par les autres transcorticale. L'observation personnelle de l'auteur vise un cas d'aphasie survenue à la suite d'une hémiplegie droite, aphasie qui persista jusqu'à la mort, un an après l'attaque. Le langage spontané était aboli, mais le patient pouvait répéter les mots prononcés devant lui ou qu'il voyait écrits.

L'autopsie révéla un ramollissement complet de la circonvolution de Broca et de l'insula à gauche, avec destruction symétrique de la partie corticale de la 3<sup>e</sup> circonvolution frontale droite. Cette lésion explique pourquoi le langage articulé ne

pût être rétabli par compensation de la part de cette circonvolution.

Mais si le patient pouvait répéter les mots prononcés devant lui et prononcer ceux qu'il voyait écrits, il disposait encore, d'après l'auteur, d'un centre moteur, car l'image et le langage intérieur ne suffisent pas pour prononcer les mots, il faut en plus une impulsion partant du centre moteur du langage pour se rendre aux centres qui commandent aux muscles qui entrent en jeu pour l'articulation.

Aussi, tenant compte des lésions observées, Popoff estime-t-il qu'il faut admettre que le centre du langage occupe un territoire qui dépasse quelque peu les limites de la circonvolution de Broca, formant ainsi un centre auxiliaire qui, pour remplir son rôle, a besoin du renfort des centres acoustique et optique du langage.

Il rappelle à ce sujet que déjà, en 1861, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, Broca mentionne que dans l'aphasie motrice les lésions s'étendent non seulement à la base de la 3<sup>e</sup> frontale, mais aussi à la 2<sup>e</sup> frontale et à la partie avoisinante de la circonvolution centrale antérieure.

X. — *Des rapports du système nerveux avec le psychisme*; par le D<sup>r</sup> Kronthal (numéro de février). — La thèse est la suivante : les cellules nerveuses, et par conséquent le système nerveux en tant qu'organismes, ne produisent absolument rien. Le système nerveux, et spécialement l'encéphale, ne saurait donc être l'organe du psychisme ni exercer aucune souveraineté sur le reste de l'organisme. Ce ne sont que des combinaisons très compliquées de voies conductrices placées entre l'appareil sensitivo-sensoriel d'une part et l'appareil moteur d'autre part.

Chez les êtres monocellulaires inférieurs, soit isolés, soit groupés, cet intermédiaire de voies conductrices n'existe pas, et cependant ces cellules ont la faculté de se contracter à la suite d'une excitation; mais la réaction motrice n'a lieu que par la cellule soumise à l'excitation. Chez les êtres supérieurs, au contraire, l'excitation sensitive ou sensorielle peut produire la réaction motrice sur un nombre très grand de cellules, grâce à la transmission par ces voies multiples que constitue le système nerveux. Aussi, a-t-on voulu voir dans ce système une force centrale cause du mouvement. Il faut renoncer à cette conception, puisqu'en examinant le système nerveux par les procédés perfectionnés d'Apathy et de Bethe, on constate que les cellules nerveuses ne reçoivent pas de fibres nerveuses et n'en émettent

pas, mais sont simplement traversées par celles-ci, comme par des fils nombreux réunis en faisceaux, dans lesquels ils sont isolés les uns des autres par des gaines à myéline.

L'auteur en conclut que tous les actes sont des réflexes, et si nous avons intercalé l'action psychique entre le point de départ de l'appareil sensitif et le point d'arrivée à l'appareil moteur, cela tient moins à l'impossibilité d'expliquer le réflexe sans elle qu'à la tendance à attribuer aux animaux un psychisme, une âme, comme un facteur influençant leur destinée.

L'âme est donc la somme des réflexes ; plus ceux-ci seront nombreux et variés, plus l'état psychique sera élevé. Or, il y aura d'autant plus de réflexes que le système nerveux sera plus développé, et qu'une excitation d'une cellule pourra être transmise à un plus grand nombre d'autres.

C'est l'homme qui a le système nerveux le plus riche et, par conséquent, le psychisme le plus élevé.

Pour rendre possible l'action irritante sur un nombre infini de cellules, il n'était pas possible de réunir chacune d'elles à l'organe d'où part l'excitation, ce qui aurait nécessité des milliers ou des milliards de communications. C'est là qu'intervient le système nerveux. L'excitation partie de l'appareil sensitivo-sensoriel suit la voie des fibres nerveuses qui cheminent dans les nerfs, dans la moelle et dans la substance blanche du cerveau ; mais, à certains endroits, la gaine isolante des fibres d'un même faisceau s'amincit, les différents fils conducteurs dont le contact est encore favorisé par l'interposition des leucocytes communiquent les uns avec les autres, et ainsi l'excitation initiale peut être transmise dans des directions variées.

La substance nerveuse est grise dans les points où la gaine isolante s'est ainsi amincie, en raison du ton grisâtre des fibres nerveuses ; dans les nerfs, les cordons de la moelle et les masses cérébrales, la substance est blanche parce que les gaines à myéline sont incolores.

La plus grande diffusion de l'excitation sera, comme on voit, là où il y aura le plus de substance grise. La somme des réflexes, et par conséquent le degré de développement psychique, seront donc en raison directe de la quantité de substance grise, et c'est précisément chez l'homme que le système nerveux est sous ce rapport le mieux partagé. Il n'y aura que des différences individuelles dans la mesure des différences existant entre la structure des circonvolutions cérébrales.

Que ces voies conductrices, constituées par le système ner-

veux, soient altérées à la périphérie ou au centre, la conductibilité sera amoindrie, la somme des réflexes et l'état psychique seront diminués (maladie de Korsakoff, paralysie générale). Si, au contraire, un certain nombre de cellules sensitives réagissent trop vite, trop lentement ou inégalement, on observera les états maniaques, mélancoliques, hystériques.

L'auteur invoque en faveur de sa thèse du psychisme correspondant à la somme des réflexes les faits suivants : 1° le psychisme augmente chez l'enfant en raison du développement successif des voies conductrices démontré par Flechsig ; 2° à mesure qu'on s'élève dans la série animale, les voies conductrices subissent un entre-croisement incomplet qui permet le transport des excitations des deux côtés à la fois ; 3° moins il y a de réflexes, moins il y a d'activité psychique : dans la mort, les deux facteurs sont à zéro, dans le sommeil et la narcose ils sont momentanément supprimés, et au réveil ils réapparaissent parallèlement.

En résumé, l'auteur rejette l'idée d'un organe, d'un siège du psychisme ; celui-ci est le produit de l'organisme dans son ensemble, le système nerveux n'intervient que comme conducteur et ne produit aucune excitation. Il est d'avis que cette opinion affranchie de toute idée mystique ou spéculative est conforme à l'observation, explique les faits anatomiques, physiologiques et pathologiques, et permet d'expliquer la pensée et l'action humaine par les mêmes lois que toutes les autres manifestations de la nature.

XI. — *La myoclonie fibrillaire d'Unverricht est-elle une entité clinique?* par le Dr Lundborg (numéro de février). — Depuis que Unverricht a observé chez cinq membres d'une même famille cette affection caractérisée par des contractions chroniques de faisceaux musculaires isolés et de muscles non synergiques et l'a décrite sous le nom de myoclonie fibrillaire, Moebius et, après lui, Böttiger et Schulze n'ont voulu voir dans cette maladie qu'une forme de la chorée chronique progressive.

L'auteur, se basant sur de nouvelles observations publiées depuis, et aussi sur l'étude personnelle de dix-sept cas dans une famille suédoise et de deux des cas déjà cités par Unverricht, s'inscrit en faux contre l'opinion de Moebius. D'après lui les deux affections sont bien distinctes. Il invoque à l'appui de son opinion des signes nouveaux non cités par Unverricht, entre autres la périodicité des contractions, périodicité qu'il

attribue aux variations de l'excitabilité réflexe des centres du système nerveux. Aux jours où cette excitabilité est augmentée, on observe des excitations sensibles ou sensorielles (réaction senso-clonique de l'auteur). Quant à l'influence psychique (réaction psycho-clonique), elle était déjà connue.

XII.— *Un réflexe de la face dorsale du pied*; par le Dr Kurt Mendel (numéro de mars). — La percussion du pied à la base du troisième et du quatrième métatarsien ou au niveau du cuboïde et du troisième cunéiforme est suivie, chez un sujet bien portant, d'un mouvement d'extension des quatre derniers doigts du pied. Ce réflexe se produit aussi dans les cas de maladies fonctionnelles du système nerveux. Par contre, dans un certain nombre d'affections organiques du système nerveux, la manœuvre citée provoque, au lieu de l'extension, la flexion des quatre doigts du pied, et cette flexion est, dans ce cas, constamment accompagnée du réflexe de Babinski. Quoique l'existence simultanée de ce dernier réflexe atténue quelque peu la valeur diagnostique du phénomène, celui-ci peut servir au diagnostic différentiel entre les paralysies organiques et hystériques des membres inférieurs; il peut aider aussi à établir quel est le côté paralysé dans l'état comateux à la suite d'un ictus apoplectique.

XIII.— *Un réflexe spécial des fléchisseurs des orteils*; par le professeur Bechterew (numéro de juillet). — L'auteur fait remarquer que le réflexe mentionné en second lieu par Mendel dans son article du mois de mars, réflexe qui consiste dans la flexion des quatre derniers orteils à la suite de la percussion du quatrième métatarsien ou du cuboïde et du troisième cunéiforme et qu'on observerait surtout dans un certain nombre d'affections organiques du système nerveux, avait déjà été signalé par lui en février 1901 sous le nom de « réflexe tarso-phalangien ». Il avait constaté que ce réflexe accompagnait toujours le réflexe de Babinski, mais pouvait cependant exister sans ce dernier dans certains cas de maladie organique de la voie motrice. Il a donc, à côté du réflexe de Babinski, sa valeur pour le diagnostic des affections organiques des faisceaux pyramidaux, et quelquefois, en l'absence du réflexe de Babinski, il peut indiquer une affection organique de la voie motrice.

Mendel, à la suite de ces remarques, réplique qu'il n'avait, en effet, pas eu connaissance de la publication de Bechterew, qu'il constate que ses observations personnelles sont d'accord en grande partie avec celle du professeur, que cependant il ne

peut admettre avec Bechterew que le réflexe en question co-existe toujours avec celui de Babinski.

XIV. — *Micropsie et états dégénératifs du système nerveux central*; par le professeur Pfister (numéro de mars). — L'étude des maladies psychiques à la période prodromique ou terminale, ou dans les intervalles qui séparent les paroxysmes des formes périodiques, ou bien encore l'observation des cas intermédiaires entre la raison et la folie, mettent mieux en vue certains symptômes spéciaux que ne saurait le faire l'observation des psychoses confirmées, parce qu'elles permettent d'étudier ces symptômes à l'état isolé sans qu'ils soient masqués par les manifestations multiples et tumultueuses de la maladie. D'autre part il convient d'étendre les recherches à plusieurs générations, car des anomalies psychiques qui, chez un sujet pris isolément, restent stationnaires, se révèlent à travers plusieurs générations comme les étapes d'une dégénérescence du système nerveux central pouvant aboutir à l'extinction de la famille dans un délai relativement court.

L'auteur cite dans cet ordre d'idées une observation d'un sujet intellectuellement bien doué et d'une haute culture, et fait défiler devant nous depuis les grands-parents, parents, oncles, frères et sœurs, neveux et enfants du sujet, en tout quatre générations. Dans chacune de ces générations il relève avec un développement intellectuel normal (excepté chez un des neuf frères du sujet atteint d'imbécillité) de nombreuses anomalies psychiques ou stigmates physiques tels que strabisme, gueule de loup, mauvaise implantation des dents, migraines, excitabilité nerveuse exagérée, hallucinations hypnagogiques, somnambulisme, frayeurs nocturnes, idiosyncrasies, exagération des réflexes.

Le sujet observé présentait dès son enfance une tendance exagérée à la fièvre et au délire, des réactions idiosyncrasiques à l'égard de certains aliments, des sensations désagréables avec horripilation sous l'influence de certaines impressions tactiles, des excrétions involontaires jusqu'à l'âge de sept ans sous l'influence de la moindre émotion, de la diplopie quand il buvait avec excès des liqueurs alcooliques, et enfin, phénomène sur lequel insiste surtout l'auteur, de la micropsie depuis l'âge de douze ans avec troubles des sensations motrices.

C'est principalement quand le malade était contrarié qu'il voyait son interlocuteur s'éloigner et se rapetisser pour lui apparaître avec toute la netteté de ses traits à 30 ou 50 mètres,

comme les objets regardés par le mauvais bout d'une lorgnette.

L'intoxication, l'hystérie, l'épilepsie et la neurasthénie invoquées dans des cas de micropsie par Veraguth, Pichon, etc., ayant pu être écartées, l'auteur estime que la micropsie est, de même que les autres anomalies mentionnées, imputable à une déchéance du système nerveux central qui provoque passagèrement l'épuisement fonctionnel des voies et centres nerveux de l'appareil moteur de l'œil. Le fait que le phénomène coïncidait avec des émotions désagréables permet de soupçonner l'intervention de troubles circulatoires exerçant une influence inhibitrice dans les domaines nerveux aussi bien des muscles striés que des muscles lisses.

La micropsie est donc une anomalie de dégénérescence ; elle peut, comme les autres stigmates, coexister avec un développement intellectuel supérieur ; mais déjà, dans la deuxième et la troisième génération, l'auteur a vu fléchir quelque peu le niveau intellectuel, et, si le bas âge des sujets de la quatrième génération ne permet pas d'être fixé sur leur niveau intellectuel, il est déjà assez significatif que l'auteur ait pu signaler chez les neveux, les nièces et particulièrement chez le fils de son sujet principal des anomalies psychiques et nerveuses apparues dès la première enfance.

XV. — *Les idées de Virchow sur le crétinisme* ; par le Dr Weygandt (numéros d'avril et mai). — D'après Virchow, le crétinisme serait dû à l'ossification précoce des sutures de la base du crâne (synostose tribasilaire). Cette théorie, accueillie par Griesinger, a été adoptée par un grand nombre d'auteurs dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Elle n'est plus soutenable aujourd'hui et ne saurait s'accorder avec les données acquises sur le myxœdème et la cachexie strumiprive. Pour la combattre l'auteur fait une étude fouillée, une revue complète de tous les travaux publiés sur cette question. Il a même repris l'étude du « crétin nouveau-né » de Virchow qui, en 1841, a servi de base à sa théorie et qui, depuis cette époque, est conservé au Musée d'anatomie pathologique de Wurtzbourg. Cette étude l'amène à affirmer que ce sujet ne relève pas du crétinisme, mais de la chondrodystrophie fœtale ou micromélie. Il fait d'ailleurs remarquer que, dès 1883, Virchow a reconnu que sa théorie ne s'appliquait pas à tous les cas de crétinisme, et il ne doute pas que si le savant professeur avait eu, à cette époque, le temps de reprendre ses recherches avec les matériaux et les procédés perfectionnés mis à la disposition des anato-

mistes, il aurait lui-même réformé sa théorie, car il avait pour principe de tenir compte avant tout de l'observation des faits.

XVI. — *Disparition des douleurs lancinantes dans le tabes à la suite d'injections antirabiques*; par le Dr Stembo (numéro d'avril). — Chez un ancien syphilitique se développe un tabes avec douleurs lancinantes qui résistent à toutes les médications pendant trois ans. Le malade est ensuite mordu par un chien enragé et reçoit vingt-huit injections antirabiques. A la suite de ces injections les douleurs disparaissent complètement; les autres signes du tabes (pupillaires, réflexes, etc.) restent stationnaires.

Vu l'innocuité des injections antirabiques, l'auteur estime qu'il y aurait peut-être lieu de les employer dans le tabes douloureux. Il se demande aussi si l'injection de quantités équivalentes de moelle de lapin non immunisé contre la rage ne produirait pas le même effet.

XVII. — *A propos d'un réflexe spécial des extrémités dans les cas de paralysies organiques d'origine centrale*; par le professeur Bechterew (numéro de mai). — Quand, tenant passivement l'avant-bras d'un hémiplégique, on abandonne cet avant-bras à lui-même, il ne tombe pas uniformément comme le ferait l'avant-bras du côté non paralysé, mais, avant de prendre la position de l'extension complète, il subit un temps d'arrêt et même un léger retour vers la flexion, avec tension du tendon bicipital. En tenant d'un côté la main de l'avant-bras fléchi, et en appliquant une main sur l'épaule, on peut sentir cette secousse du biceps en rabattant brusquement l'avant-bras dans la position de l'extension.

Mohr a signalé récemment un phénomène analogue, dont on peut se rendre compte en mettant brusquement en supination la main paralysée d'un hémiplégique. Le mouvement se fait pour ainsi dire en deux temps; au premier temps, on sent une résistance à vaincre sur la main du malade.

Il s'agit là de mouvements réflexes provoqués par la tension brusque du tendon. Le phénomène peut aussi être provoqué par la flexion passive brusque de la jambe chez un hémiplégique. Si l'on n'agit pas avec brusquerie, le phénomène ne se produit pas, ce qui prouve bien qu'il est de nature réflexe. Or, ces réflexes manquent dans les hémiplegies fonctionnelles; ils ont donc une grande valeur diagnostique pour caractériser l'origine centrale d'une paralysie.

XVIII. — *Pathogénèse des attaques dans la paralysie géné-*



*rale, avec considérations sur l'anatomie des faisceaux pyramidaux*; par le D<sup>r</sup> Brunke (numéro de mai). — L'auteur rapporte une observation avec autopsie et examen microscopique d'un cas de paralysie générale ayant évolué en quelques mois chez une femme de quarante-deux ans, avec troubles psychiques presque nuls et troubles moteurs très accentués, caractérisés d'abord par des convulsions cloniques de la région faciale, puis du bras et du membre inférieur du côté gauche, et enfin par la paralysie de ce côté. Dans les derniers temps, la malade présente aussi des convulsions de la face et du bras du côté droit.

L'examen microscopique révéla des lésions très avancées des cellules corticales motrices du côté droit, avec dégénérescence des fibres, s'étendant depuis ces cellules aux faisceaux pyramidaux jusqu'à la région lombaire.

L'auteur tire de ces faits des considérations sur l'anatomie des faisceaux pyramidaux qu'il est difficile de reproduire sans les figures explicatives; mais il fait remarquer surtout que cette observation confirme les idées que Lissauer a émises un des premiers en ce qui concerne les lésions des cellules corticales dans la paralysie générale. Ces lésions, d'après Lissauer, peuvent atteindre des groupes isolés de cellules et donner lieu à des maladies « de système » avec des formes variées, où peuvent prédominer les troubles moteurs, sensoriels ou psychiques.

Dans le cas rapporté, les lésions avancées de certaines couches de cellules du cortex du côté droit rendent compte par leur localisation et leur extension progressive des convulsions qui se sont étendues peu à peu à toute la moitié gauche du corps, et de la paralysie qui les a suivies. D'autre part, les lésions circonscrites et récentes de certains groupes cellulaires de la région centrale gauche expliquent les phénomènes convulsifs, observés peu de temps avant la mort, dans le côté droit de la face et dans le bras droit.

XIX. — *De la force des réflexes tendineux et de ses variations dans l'hémiplégie*; par le D<sup>r</sup> Pandey (numéro de mai). — Il convient d'étudier les réflexes au triple point de vue de leur rapidité, de leur étendue et de leur force. Pour mesurer celle-ci, l'auteur fixe sous une chaise un petit traîneau rattaché par un lien au bas de la jambe; ce traîneau, chargé de poids variables, est entraîné, par le mouvement réflexe, sur une longueur proportionnée à la force du mouvement.

En étudiant par ce procédé le réflexe patellaire chez un sujet atteint d'hémiplégie gauche, le traîneau chargé de 10 kilogrammes était déplacé de 10 centimètres par le mouvement réflexe du genou droit; il restait immobile quand on faisait la même épreuve du côté paralysé. Avec un chargement de 3 kilogrammes seulement, on obtenait à droite un déplacement de 10 centimètres également, tandis qu'à gauche, ce déplacement n'atteignait que 1 centimètre à 15 millimètres. Avec une charge de 1 kilogramme, le résultat était le même des deux côtés, le déplacement atteignant le maximum de développement, soit 10 centimètres. L'auteur explique ce dernier phénomène en admettant que le reste de force conservée dans les muscles parés était suffisant encore pour produire un pareil déplacement avec cette charge minime. D'autre part, du côté paralysé, la jambe, après le mouvement de propulsion produit par la percussion du tendon, retombait et oscillait pendant quelque temps, à l'instar du pendule d'une horloge non remontée, tandis que, du côté sain, elle reprenait, après le soubresaut, tout du suite sa position fixe : phénomène que, dans ce dernier cas, il faut expliquer par l'action des antagonistes, action qui, dans le côté paralysé, ne peut se produire. Or l'hémiplégie, dans ce cas, était due, ainsi que l'a révélé l'autopsie, à une embolie de l'artère cérébrale moyenne avec ramollissement consécutif.

L'auteur conclut de ces faits que l'augmentation du réflexe du côté paralysé n'est qu'apparente, et que, si l'on tient compte de tous les facteurs, notamment de celui de la force du réflexe, on est obligé de reconnaître que celui-ci est influencé par l'hémiplégie dans le même sens que les mouvements volontaires du même côté, et que, par conséquent, la lésion qui a produit l'hémiplégie a interrompu au même point la conductibilité pour les deux espèces de mouvements, les volontaires et les réflexes, dont les voies sont communes.

Les opinions les plus diverses et les plus contradictoires ont été émises sur la voie suivie par les réflexes; l'auteur estime que la théorie corticale explique seule les faits d'une façon satisfaisante. Quant aux objections tirées de la différence des résultats obtenus à la suite des lésions de la moelle, il croit que les faits peuvent se résumer très clairement : si la lésion médullaire est destructive, sans irritation, tous les réflexes disparaissent; si, au contraire, la lésion est irritative, les réflexes persistent, et on peut même voir réapparaître certains qui avaient disparu. Rosenthal et Mendelsohn ont fait remarquer que la réappari-

tion de ces réflexes sous-corticaux anormaux n'a lieu que dans la partie proximale du système nerveux conservé.

Enfin, pour rechercher les réflexes amoindris, l'auteur recommande le procédé suivant : asseoir le malade sur une chaise, les pieds reposant sur le sol, une de ses mains serrant fortement le bras de l'opérateur au moment où celui-ci, ayant posé une main sur le muscle quadriceps, percute de l'autre le tendon. Il peut ainsi voir et même sentir les plus légères contractions du quadriceps. Le procédé peut être utilisé aussi pour l'étude des réflexes d'un des membres supérieurs, recherche pour laquelle le moyen bien connu de Jendrassik n'est pas utilisable.

En souvenir d'un maître qui a employé depuis plus de dix ans ce procédé, l'auteur voudrait l'appeler « procédé de Laufenauer ».

XX. — *Sensibilité aux vibrations, phénomènes d'épuisement*; par le Dr W. Neutra (numéro de juin). — Qu'on pose sur le tibia gauche un diapason donnant 120-180 vibrations à la seconde et qu'au moment où le patient ne perçoit plus les vibrations on transporte l'instrument sur le point symétrique du tibia droit, les vibrations sont de nouveau perçues pendant six à huit secondes. Ce chiffre peut être pris pour exprimer le coefficient d'épuisement; il reste le même quand on reprend l'expérience en sens inverse. On peut par ce procédé constater des hypoesthésies et des hyperesthésies vibratoires. Les variations du coefficient indiquent des variations dans la puissance de la faculté d'aperception. La preuve en est que si on fait vibrer moins fort le diapason, le coefficient d'épuisement diminue, parce que l'attention mise en éveil moins longtemps est moins fatiguée et permet de percevoir sur le premier point d'application des vibrations moins fortes. C'est là un phénomène physiologique qui est le même chez tous les sujets à sensibilité normale:

L'auteur a, d'autre part, établi deux épreuves ne donnant un résultat positif que chez les neurasthéniques et les hystériques, et qui ont pour cause une diminution pathologique de la faculté d'aperception. Pour ces épreuves, il procède ainsi : le diapason est placé sur le tibia droit, et transporté sur le point symétrique de la jambe gauche dès que les vibrations ne sont plus perçues. A ce second poste elles sont, comme à l'état normal, perçues pendant quelques secondes; mais lorsqu'elles sont tombées à zéro, on reporte le diapason au premier point d'ap-

plication (sur la jambe droite) et, contrairement à ce qui arrive à l'état normal, les vibrations sont ici de nouveau perçues chez les hystériques et les neurasthéniques. Dans la deuxième épreuve l'auteur, après avoir constaté que les sensations ne sont plus perçues, soulève le diapason pendant une seconde pour le replacer ensuite au même point et il constate que les vibrations sont à nouveau senties; il arrive que cette manœuvre donne un résultat positif jusqu'à trois, quatre et six fois de suite. Les résultats positifs dans ces deux cas sont évidemment conditionnés par un facteur nouveau; celui de la rapidité avec laquelle renaît la faculté d'aperception d'abord épuisée. Si cette régénérescence exige plusieurs secondes, le premier procédé seul donne un résultat positif, puisque les vibrations sur le second membre sont perçues pendant six à huit secondes; si au contraire cette régénérescence est presque instantanée, la deuxième épreuve est également positive.

**XXI. — *Les vrais centres du mouvement***; par le Dr Adamkiewicz (numéro de juin). — Depuis que Fritsch et Hitzig ont montré, en 1870, que l'électrisation de l'écorce cérébrale provoquait la contraction de certains groupes musculaires, on a considéré le cortex comme le point de départ des mouvements du corps. Or, un animal privé de l'écorce cérébrale ne perd que les facultés de penser, de sentir et de vouloir, mais non la faculté de se mouvoir. Les mouvements peuvent toujours être provoqués artificiellement, mais ils ne peuvent plus être voulus.

Il faut donc chercher ailleurs les centres moteurs proprement dits. L'auteur, par de longues et pénibles expériences, croit avoir trouvé ces centres dans le cervelet, et il est arrivé aux conclusions suivantes : de même que le cortex est le centre des fonctions psychiques, le cervelet est l'organe principal du mouvement; de même que la destruction de l'écorce abolit la fonction psychique sans altérer le mécanisme des mouvements, de même les lésions du cervelet abolissent le pouvoir moteur sans léser les facultés psychiques. Il y a dans le cervelet des territoires moteurs distincts, comme il existe dans l'écorce des territoires psychiques distincts. Tous les centres des mouvements soumis à la volonté se trouvent, par conséquent, dans le cervelet; ces centres sont séparés et disposés dans un ordre régulier, et se trouvent du même côté que les groupes musculaires qu'ils innervent. Les muscles des membres sont pourvus d'une triple innervation; chaque membre supérieur ou inférieur a d'abord son centre propre, il existe ensuite un centre commun

pour les deux membres supérieurs et un autre pour les deux membres inférieurs, et enfin un centre unique pour les quatre membres, soit en tout sept centres moteurs.

XXII. — *Recherches sur le liquide cérébro-spinal*; par le Dr Merzbacher (numéro de juin). — A l'instigation de Schönborn le cytodagnostic de l'école française a été étudié aussi en Allemagne, et à peu près tous les résultats obtenus en France ont été confirmés.

En ce qui concerne la composition chimique, la présence de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien a une importance diagnostique sérieuse. Sur 34 analyses, 10 concernaient des paralytiques généraux et 9 ont révélé une forte proportion d'albumine. La quantité d'albumine était moindre, mais cependant bien appréciable chez 7 épileptiques sur 11.

Schaffer a signalé l'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien dans tous les cas de maladie psychique caractérisés par de l'affaiblissement intellectuel. Les recherches de l'auteur ne confirment que partiellement cette opinion; s'il a observé en effet l'augmentation de la pression chez la moitié des déments séniles, des déments précoces, des imbéciles, des épileptiques d'origine traumatique, il ne l'a observée que deux fois sur huit chez les épileptiques en général, et ne l'a pas constatée du tout chez les paralytiques généraux.

Quant à la présence des lymphocytes, l'auteur l'a observée dans treize analyses microscopiques concernant 10 paralytiques généraux, avec un minimum de quatre à six éléments morphologiques dans le champ du microscope, et un maximum où ces éléments ne pouvaient plus être comptés. Il n'existe pas de rapport entre la gravité des symptômes et le nombre de lymphocytes. Dans un cas de tabes déjà ancien, l'auteur a constaté une augmentation réelle, mais peu marquée, des lymphocytes. Les avis des auteurs sur le degré de lymphocytose dans le tabes sont d'ailleurs très contradictoires.

Dans un cas de syphilis ancienne sans troubles psychiques, l'auteur a trouvé une légère augmentation du nombre des lymphocytes. Pour établir la part qui dans la lymphocytose de la paralysie générale et du tabes revient directement à la syphilis, il faudrait faire des recherches dans une clinique dermatologique.

Le résultat des analyses fut négatif dans la manie, la mélancolie, l'imbécillité, la démence sénile, l'alcoolisme chronique et la démence précoce. Par contre, l'auteur a trouvé dans huit cas

d'épilepsie sur douze, une augmentation très sensible des lymphocytes, mais inférieure toutefois à celle observée dans la paralysie générale.

En ce qui concerne la morphologie des éléments trouvés dans le liquide, le terme de lymphocytose a peut-être l'inconvénient de laisser croire que ces éléments sont toujours identiques. Cependant Sicard a déjà marqué la différence entre la « lymphocytose » et la « polynucléose ». Meyer décrit à côté des leucocytes des cellules graisseuses et de petits leucocytes mononucléaires.

L'auteur a remarqué que la prédominance des lymphocytes est encore plus marquée chez les épileptiques que chez les paralytiques, et que les cellules à grand noyau flasque s'observent surtout dans les cas de paralysie générale où le phénomène décrit sous le nom de lymphocytose est très marqué; dans ces cas on voit aussi des cellules polynucléaires qu'on n'observe nulle part ailleurs. Quant aux cellules éosinophiles et aux cellules graisseuses, l'auteur les a observées également dans l'épilepsie et dans la paralysie générale.

XXIII. — *La nouvelle méthode de Ramon y Cajal pour la préparation des fibres nerveuses*; par Lenhossek (numéro de juillet). — L'auteur fait ressortir l'excellence de cette nouvelle méthode qui a, sur toutes les autres, l'avantage : 1° de pouvoir être utilisée aussi bien chez les vertébrés que chez les invertébrés, aussi bien pour le système nerveux embryonnaire que pour le système nerveux entièrement développé; 2° d'être d'une pratique simple et facile; 3° de donner à peu près toujours des résultats identiques.

Il serait superflu de suivre l'auteur dans ses considérations d'ailleurs peu susceptibles d'être résumées, et il suffira de donner ici un résumé de la technique de cette nouvelle méthode. Cette technique comprend les phases suivantes :

1° Des préparations fraîches de 3 à 4 millimètres de dimension sont mises pendant quatre à six jours dans un bain de nitrate d'argent, dont le titre suivant les matériaux à examiner varie de 0,50 à 6 p. 100. L'opération se fait à l'abri de la lumière et à la température de 30 à 35°;

2° A la sortie de ce premier bain, la préparation est lavée à l'eau distillée et placée pendant vingt-quatre heures à la lumière et à la température ordinaires, dans un bain composé d'acide pyrogallique 1 gramme, eau distillée 100 centimètres cubes, et formol 1 à 15 centimètres cubes.

La préparation est ensuite durcie dans l'alcool à 96 p. 100, enduite de paraffine ou de celloïdine; les coupes sont faites au microtome et conservées dans le baume du Canada.

Ces préparations présentent cependant un inconvénient : les parties les plus superficielles et aussi les plus profondes sont inutilisables; mais la couche intermédiaire donne les préparations fibrillaires les plus belles qu'on puisse rêver, dit l'auteur.

Il propose de compléter les trois opérations mentionnées par une quatrième, dont l'expérience lui a démontré les avantages et dont l'idée a été inspirée au D<sup>r</sup> Lakay par les travaux de Bielsckowsky; elle consiste à plonger la préparation dans un bain de chlorure d'or obtenu par le mélange de 4 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 de ce sel avec 150 centimètres cubes d'eau distillée.

Les résultats ainsi obtenus seraient supérieurs à ceux que donnent toutes les autres méthodes.

XXIV. — *De l'innervation corticale de la vessie*; par les D<sup>rs</sup> Hochwart et Frölich (numéro de juillet). — Bochefontaine et François Franck avaient depuis longtemps signalé dans le voisinage du sillon cruciforme l'existence de quatre points dont l'excitation faradique provoquait des contractions de la vessie. Après eux, Bechterew avec Mislafsky et Meyer ont placé dans la partie externe de la circonvolution sigmoïdale postérieure le centre d'innervation du sphincter vésical. Ces résultats acquis par l'expérimentation ont été confirmés par de nombreuses constatations cliniques, sans qu'il fût possible cependant d'établir par ces données si l'acte de la miction provoqué par une oscillation corticale était conditionné par un relâchement du sphincter vésical ou par une contraction du muscle vésical.

Dans cet ordre d'idées, les auteurs ont fait de nombreuses expériences sur des chiens en sectionnant préalablement les nerfs hypogastriques et honteux internes, et en ouvrant la vessie pour la mettre en communication, au moyen d'une large tubulure, avec un réservoir plein d'eau.

Il n'est pas possible de relater ici tous les détails de leur technique, il suffira de donner le résumé par lequel ils concluent en ces termes: « Nos expériences nous autorisent à affirmer que l'opinion basée sur des observations cliniques et qui voit dans l'acte initial de la miction un relâchement du sphincter et non la distension de celui-ci par le liquide comprimé, est pleinement justifiée. On peut, en effet, après avoir paralysé l'action du muscle vésical (detrusor), par la section des nerfs

hypogastriques et honteux internes, provoquer par excitation de la région corticale (fissura centralis) un relâchement évident du sphincter interne de la vessie. »

XXV. — *Monodactylie symétrique familiale*; par le professeur Schultze (numéro d'août). — L'auteur rapporte avec figures photographiques et radiographiques un cas de monodactylie des quatre membres chez un jeune homme de dix-neuf ans. Aux mains n'existait qu'un seul doigt du côté du cubital, selon toute vraisemblance l'annulaire ou le petit doigt; une anomalie semblable existait aux deux pieds où l'on ne pouvait observer qu'un seul doigt du côté du péroné.

Les os du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe avaient leur structure normale. Faut-il chercher à ce vice de conformation des causes exogènes ou endogènes? La symétrie de la lésion aux quatre membres semble déjà exclure l'origine exogène; mais il existe d'autres raisons pour admettre l'origine endogène. L'auteur a constaté en effet la même lésion chez la mère du sujet, et a appris par elle que son père présentait déjà la même malformation. D'autre part, une sœur du patient n'avait au pied droit qu'un petit doigt et un gros orteil bien développé, au pied gauche, le petit doigt du côté du péroné n'était accompagné que d'un gros orteil rudimentaire.

Un autre frère présentait une conformation normale des quatre membres. Les trois enfants étaient nés en dehors du mariage. Ces infirmes sont d'ailleurs très adroits de leurs mains et exécutent facilement les travaux de leur position, écrivent, etc., et il n'y a pas lieu de songer à une intervention chirurgicale. L'auteur fait remarquer que des cas de monodactylie symétrique des quatre membres survenant dans trois générations successives sont très rares, tandis que la polydactylie s'observe souvent avec ce caractère familial.

XXVI. — *Complexus symptomatique de Korsakow, à la suite de commotion cérébrale*; par le professeur Meyer (numéro d'août). — Kalberlah a soutenu dans un travail récent que la « psychose de commotion aiguë », c'est-à-dire les troubles psychiques traumatiques survenant directement après le coma provoqué par la commotion cérébrale, affectent la forme du complexus symptomatique de Korsakow.

L'auteur vient d'observer un cas qui confirme absolument cette manière de voir : un homme de trente-deux ans, chauffeur, exempt d'alcoolisme, d'hérédité et de syphilis, fait une chute grave (fracture probable de la base du crâne); il reste



quelques jours dans le coma, qui en disparaissant laisse les symptômes caractéristiques décrits par Korsakow.

Désorientation grave, perte de la mémoire pour les faits récents (mémoire de fixation de Wernicke), illusions de souvenirs, méconnaissance de la situation, où, comme chez beaucoup de malades, le passé militaire joue un rôle prépondérant. Au bout de quelques mois, amélioration marquée des symptômes psychiques et aussi de l'état somatique.

Le cas est donc semblable à ceux cités par Kalberlah, et ne peut, au point de vue de l'étiologie être imputé qu'à la commotion cérébrale. Il faut donc admettre qu'ainsi que le soutient Kalberlah les symptômes de Korsakow ne s'observent pas exclusivement sur le terrain de l'alcoolisme chronique, et peuvent être provoqués par d'autres causes, telles que tumeurs cérébrales, paralysie générale, infections, etc. Le cas rapporté tend à confirmer l'opinion de Kalberlah, qui veut que la « psychose de commotion aiguë » affecte la forme symptomatique décrite par Korsakow.

Kraepelin, dans une récente édition de son traité, considérant que théoriquement des causes diverses ne sauraient produire des maladies identiques, soutient qu'on doit distinguer les cas de maladie de Korsakow d'origine alcoolique des cas qui, tout en présentant le même complexus symptomatique, ont une autre origine. Il est vrai que dans une édition précédente (la 6<sup>e</sup>) il reconnaissait encore que les moyens de faire cette distinction faisaient défaut, et que, d'autre part, Bonhoeffer a soutenu en 1904, qu'on peut observer sous une forme clinique identique l'ensemble symptomatique de Korsakow dans d'autres psychoses que celles qui sont d'origine alcoolique.

XXVII.—*Remarques sur une altération du cervelet dans le tabes dorsalis*; par le D<sup>r</sup> Carl Weigert (numéro d'août). — Dans tous les cas où il lui a été possible d'obtenir la coloration de la névroglie, l'auteur a observé sur le cervelet des tabétiques une lésion non signalée par les anatomistes, et cela avec une constance qui lui fait supposer que cette lésion est de celles qui sont inhérentes au tabes.

Elle consiste en une prolifération des fibres de la névroglie, dans certaines parties circonscrites de la couche moléculaire, prolifération si accentuée qu'elle ne saurait échapper à l'œil d'un observateur même inexpérimenté. Le processus procède par petits foyers dont le nombre est très variable, et ces foyers sont tantôt nettement délimités, et tantôt se fondent petit à

petit avec les parties normales. La même lésion s'observe à un degré plus marqué encore dans la paralysie générale.

Cette production de tissu interstitiel vient dans la couche moléculaire prendre la place de la substance nerveuse détruite; si la production est insuffisante comparativement à la quantité de tissu nerveux détruit, on remarque aux endroits où siège la lésion une diminution de l'épaisseur des parties atteintes.

La fréquence de cette lésion dans le tabes et la paralysie générale est à remarquer; mais le processus n'a rien de spécifique, et s'observe chaque fois qu'il y a fonte des éléments nerveux, dans l'ischémie sénile, dans l'hémorragie, l'alcoolisme, la syphilis, etc.

XXVIII. — *Dissociation de la sensibilité superficielle et profonde dans l'hémiplégie cérébrale*; par le professeur Liepmann, (numéro d'août). — Chez un idiot atteint depuis sa naissance d'hémiplégie gauche, l'auteur a accidentellement découvert que, de même que chez certains tabétiques, la sensibilité profonde avait disparu, tandis que la sensibilité superficielle était conservée sous toutes ses formes.

L'idiot en question avait subi une incision à la main après anesthésie locale, pour l'ouverture d'un phlegmon. En pansant le phlegmon, on remarqua que toutes les interventions sous-cutanées, passage de la sonde, arrachement du tissu cellulaire, etc., pouvaient se faire sans douleur. On rechercha alors la sensibilité superficielle des deux côtés. Elle était normale, la moindre piqûre provoquait une vive réaction.

Il s'agit donc ici de la perte de la sensibilité des couches profondes avec conservation de la sensibilité superficielle, liée à un foyer cérébral. L'auteur estime que l'autopsie pourra plus tard fournir des données sur l'anatomie et la physiologie des voies sensitives dans l'encéphale.

XXIX. — *Hypotonie et hypertonie existant simultanément chez une même malade*; par le Dr Bychowski (numéro de septembre). — Laissant de côté toutes les autres considérations, on peut opposer le tabes à la maladie de Parkinson par les différences de la tonicité musculaire: il y a hypotonie dans le premier, et rigidité ou hypertonie dans la seconde. C'est pourquoi l'auteur croit intéressant de signaler un cas dans lequel ces deux variétés de la tonicité musculaire existaient simultanément. Il s'agit d'une femme de soixante-cinq ans dont les premiers symptômes de tabes remontent à trente ans. Pendant de longues années le tabes progressa avec une hypo-

tonie très marquée des membres inférieurs, et ce n'est que tout récemment que les extrémités supérieures, épargnées jusque-là, furent atteintes, mais de tout autre façon que les membres inférieurs; elles devinrent rigides, hypertoniques, de telle sorte qu'on observa chez la même malade deux complexes symptomatiques, d'une part celui du tabes (douleurs lancinantes, troubles de la coordination, anomalies de la sensibilité, absence de réflexes et hypotonie); d'autre part, celui de la maladie de Parkinson (rigidité musculaire, facies en forme de masque, tremblement typique, paresthésie).

Faut-il voir là une coïncidence de ces deux maladies? Plusieurs cas de ce genre ont déjà été publiés, mais d'une part les observations sont trop incomplètes, et d'autre part on est insuffisamment fixé sur la nature du tonus musculaire et de ses dérivations dans un sens ou dans un autre pour trancher la question.

Une chose cependant est à retenir, à savoir que dans le tabes l'hypotonie ne frappe pas forcément tout le système musculaire, et que sans nier les rapports intimes entre le nerf et le muscle, il faut accorder à ce dernier une certaine autonomie dans le jeu de ses contractions.

XXX. — *Étiologie de la disparition du corps thyroïde dans le crétinisme et le myxœdème*; par le Dr Bayon (numéro de septembre). — Tous ceux qui se sont occupés de cette question, admettent que le crétinisme est dû à la diminution ou à la suppression de la fonction thyroïdienne, que cette suppression soit causée par un goitre ou par quelque autre cause. C'est ainsi qu'on peut observer des lésions anatomiques identiques dans le crétinisme endémique et dans le crétinisme sporadique. Dans ce dernier cependant, la thyroéaplasie (suite d'une maladie fœtale) est plus fréquente; tandis que dans le crétinisme endémique, on observe plus souvent le goitre (suite d'une maladie de l'enfance). Si nous ne savons à quelle cause attribuer la thyroéaplasie ou absence totale de la glande thyroïdienne, nous constatons d'autre part que, dans beaucoup d'autres cas, les manifestations de l'insuffisance thyroïdienne sont liées à une maladie infectieuse. On a pris l'effet pour la cause en voulant attribuer aux émotions vives ou à la dépression certains cas de crétinisme ou de myxœdème.

L'auteur, d'après ses recherches et études microscopiques, admet pour les cas de crétinisme survenant dans des localités où le goitre est une rareté l'étiologie suivante: ou bien l'enfant

(à la suite d'une maladie foetale ou d'une cause inconnue) naît sans glande thyroïde ou bien la glande existe à la naissance, mais l'enfant fait une thyroïdite primaire ou infectieuse suivie bientôt de dégénérescence complète de la glande et de symptômes d'hypothyroïdation.

L'auteur a étudié ces lésions thyroïdiennes chez des sujets sains et chez le crétin. Ses constatations ont été confirmées par les recherches de Quervain, qui décrit une forme parenchymateuse et une forme interstitielle de la thyroïdite.

Il y a thyroïdite dans presque toutes les maladies infectieuses, elle aboutit rarement à la suppuration et passe souvent inaperçue. En raison de la fréquence de la thyroïdite infectieuse d'une part et de la rareté de la dégénérescence complète de la glande d'autre part, il faut peut-être admettre que l'épithélium des follicules est, comme celui des reins, susceptible de régénérescence.

XXXI. — *Un nouvel appareil pour photographier les mouvements de la pupille* ; par le D<sup>r</sup> Piltz (numéro de septembre). — C'est au professeur Bellarminow que revient le mérite d'avoir créé une méthode rationnelle pour l'étude des mouvements pupillaires en construisant un appareil pour les photographier. Si cette méthode, malgré les réels avantages qu'elle présente, ne s'est pas généralisée, cela tient à la complication et au maniement difficile de l'appareil dit « photokoréograph » de Bellaminow. Pour remédier à ces inconvénients, l'auteur a construit avec l'aide de l'ingénieur Lebiezdinski un nouvel appareil dont la description et la technique seraient trop longues, et, aussi, sans l'aide de figures, trop difficiles à décrire ici.

Voici quels sont les avantages que, d'après l'auteur, cet appareil a sur celui de Bellarminov : 1° on peut opérer par un temps sombre et, d'une façon générale, avec un éclairage peu intense ; 2° l'installation et la mise au point ne demandent que quelques minutes ; le glissement ou l'arrêt du papier sensible, l'allumage ou l'extinction de la lampe se fait par une seule manivelle ; 3° l'appareil peut être chargé et déchargé à la lumière ; 4° l'image (renversée) de l'œil peut être observée sur la plaque de verre dépoli jusqu'au moment où l'on photographie, ce qui permet de contrôler la position de l'œil et la mise au point ; 5° en remplaçant la plaque opaque par une forte loupe, le même appareil peut servir à l'observation directe de la pupille sans que le sujet soit gêné par l'observateur, qui se

trouve à 1 m. 20 ; 6° l'objectif est à 65 centimètres de l'œil observé.

Les recherches faites par l'auteur ont montré que le réflexe à la lumière a, chez les personnes de 40-50 ans, une période latente de 0,2 à 0,3 secondes ; mais cette période diminue quand l'intensité de la lumière augmente. Le maximum de rétrécissement pupillaire s'observe 0,9 secondes après l'action de la lumière (celle-ci agissant pendant une seconde) et la dilatation secondaire n'a lieu qu'après 3,1 secondes.

La technique est encore à perfectionner pour photographier les mouvements pupillaires chez tous les sujets. L'opération réussit le mieux avec les sujets à iris bleu clair ou gris clair. Il est à peine utile d'insister sur les avantages d'une méthode permettant d'obtenir l'image photographique des variations de vitesse et d'amplitude des mouvements pupillaires, quand on considère la valeur diagnostique de ces phénomènes au début de certaines maladies nerveuses.

XXXII.—*L'état actuel de la question de l'hérédité en neuro-psychopathologie* ; par le Dr Hähle (numéros de septembre et octobre). — Après examen très complet des opinions émises par les savants qui font autorité en neurologie et en psychiatrie, opinions basées sur l'observation et sur des statistiques nombreuses et variées, l'auteur conclut que l'état actuel de la question d'hérédité en neuro-psychopathologie est la suivante :

1° Pour un grand nombre de maladies nerveuses et mentales, pour la moitié des cas à peu près, il faut voir le facteur principal dans une disposition neuro-psychopathique acquise des ascendants par suite d'hérédité ;

2° Les connaissances acquises en neuro-pathologie, comme d'ailleurs l'état de la question d'hérédité en général, permettent d'admettre la possibilité de la transmission par hérédité d'un état morbide individuel acquis ;

3° A l'heure actuelle, il est impossible, d'une façon générale aussi bien que pour un cas particulier, d'exprimer numériquement la valeur étiologique de cette disposition héréditaire, et nos connaissances de l'essence et du mode d'action de cette hérédité ne permettent pas d'en établir les lois. La solution de la question dépend plus de l'examen minutieux de l'histoire pathologique de certaines familles que de la méthode statistique employée jusqu'à ce jour ;

4° Il n'existe pas encore, pour chaque cas particulier, des signes distinctifs certains pour les maladies mentales et ner-

veuses acquises d'une part, et celles qui sont le résultat d'une disposition héréditaire d'autre part ;

5° Contrairement à l'opinion ancienne, qui admet qu'une disposition héréditaire est une cause de dégénérescence progressive de l'individu et de toute la famille, beaucoup d'auteurs allemands estiment aujourd'hui que la tendance héréditaire d'une famille aux maladies nerveuses et mentales peut de nouveau disparaître sous l'influence de circonstances favorables.

XXXIII. — *Du réflexe fessier* ; par le professeur Bechterew (numéro de septembre). — Quand les muscles fessiers sont légèrement relâchés, par exemple par la station debout avec flexion légère du genou, on obtient par la percussion du grand trochanter une contraction des muscles fessiers. Ce réflexe n'est pas d'ordre pathologique ; on l'obtient aussi chez les sujets sains, à réflexes très marqués ; mais il prend une valeur diagnostique quand il n'est pas égal des deux côtés ; ou bien par son absence, alors que les autres réflexes du membre inférieur sont exagérés. Le point de départ de ce réflexe fessier est dans les racines lombaires inférieures. Ce réflexe ne doit pas être confondu avec celui des abducteurs récemment décrit par A. Schüller, qui s'obtient par la percussion du condyle externe du fémur et se traduit par une contraction du tenseur du fascia lata, du fessier moyen et quelquefois aussi des faisceaux antérieurs du grand fessier.

XXXIV. — *Traitement de l'épilepsie par les injections de sérum* ; par le Dr H. Gerhartz (junior) (numéro de septembre). — Ceni admet dans le sang des épileptiques deux substances, l'une toxique et l'autre antitoxique, thérapeutique. L'agent thérapeutique serait mis en liberté au moment où le sang de la saignée se coagule, d'où l'idée d'injecter aux épileptiques le sérum de leur propre sang ou celui d'autres épileptiques.

D'après Ceni, le sérum du malade réinjecté serait plus efficace. Il aurait, et Wende aurait après lui, obtenu de bons résultats par ce traitement. Encouragé par ces succès, l'auteur a fait à deux épileptiques, en traitement depuis plusieurs années, dix injections de sérum, tant de leur propre sang que de celui d'autres épileptiques. La masse de sérum injecté a varié de 1,75 à 18 centimètres cubes. L'analyse du sang a révélé, après les injections, une augmentation du nombre des leucocytes polynucléaires et de ceux de transition, au détriment des cellules mononucléaires et des cellules éosinophiles.

Les résultats les plus favorables ont été obtenus avec le sérum extrait immédiatement après une forte crise et provenant d'un autre malade, circonstance à retenir pour d'autres essais et qui n'avait pas été signalée par Ceni et par Wende.

Le traitement n'eût pas d'effet durable sur le nombre et la gravité des attaques, mais il n'a présenté aucun inconvénient, et le nombre des attaques, malgré la suppression du bromure, n'a pas augmenté. Serait-ce, ainsi que le supposent Sala et Rossi, à cause de la présence du brome dans le sang?

Contrairement à ce qu'a observé Ceni, le poids du corps et l'état psychique n'ont pas été influencés.

L'influence de la suggestion paraît devoir être écartée, attendu que les malades témoignaient de peu de confiance à l'égard des injections.

XXXV. — *Un cérébrovoluminimètre* ; par le Dr Reich (numéro de septembre). — Il est impossible de calculer exactement le volume du cerveau en prenant pour base son poids, attendu que des cerveaux de même poids peuvent avoir des volumes différents. D'autre part il est très utile de connaître le volume exact d'un cerveau ainsi que le rapport de ce volume à la capacité crânienne. Richter a eu recours pour déterminer ce volume au procédé d'immersion dans un vase cylindrique gradué ; mais ce procédé expose à des erreurs assez fortes, en raison de la grande lumière du vase et de la nécessité de faire la lecture de deux graduations dont les erreurs peuvent s'ajouter. L'auteur a imaginé une disposition qui met à l'abri de ces causes d'erreur. Il prend un vase cylindrique assez large pour recevoir l'encéphale. Ce vase est muni, à une certaine hauteur au-dessus du fond, d'une ouverture circulaire qui donne issue au trop-plein.

A cette ouverture est adapté un tube fermé par un robinet, et au-dessus de l'ouverture, à la hauteur présumée où montera le liquide quand le cerveau sera déposé dans le vase, il y a un trait. Le robinet étant fermé, le vase est rempli d'eau ou d'un autre liquide jusqu'au niveau du trait. On ouvre ensuite le robinet pour laisser écouler la partie du liquide qui est au-dessus du bord inférieur de l'ouverture circulaire, puis on referme le robinet, on plonge le cerveau dans le vase, la face convexe dirigée en bas. On attend que le niveau soit bien établi, puis on ouvre à nouveau le robinet, après avoir préalablement placé sous le tube d'évacuation un réservoir gradué de forme cylindrique et allongée pouvant contenir à peu près 2.000 centimètres

cubes. Il ne reste plus qu'à lire le volume sur ce tube gradué.

Différentes épreuves ont convaincu l'auteur qu'avec ce procédé on ne peut avoir que des erreurs absolument négligeables.

XXXVI. — *Mensuration du volume du cerveau*; par le D<sup>r</sup> Petzy (numéro de novembre). — L'auteur se sert depuis dix-huit mois d'un appareil qui diffère peu du précédent mais qui cependant, croit-il, permet d'opérer avec plus de précision encore. Pour combattre la cause d'erreur venant, d'après Reich, des mouvements de la surface liquide, il relie le bocal cylindrique qui doit recevoir le cerveau par un tube deux fois courbé qui partant de l'ouverture inférieure du vase cylindrique remonte jusqu'à 7 cent. 5 au-dessous du bord supérieur de ce cylindre, redevient horizontal et va verser dans une éprouvette graduée le liquide qu'il reçoit du vase cylindrique.

La partie verticale du tube est munie d'un robinet. Le vase étant plein, on ouvre le robinet et on laisse couler le liquide; l'écoulement s'arrête quand le niveau est à la hauteur de la branche horizontale du tube coudé. On ferme le robinet, on place le cerveau dans le vase, puis on ouvre le robinet et l'on reçoit la nouvelle quantité de liquide qui s'écoule dans l'éprouvette graduée. Quand le niveau est le même dans le tube coudé et le vase cylindrique, l'écoulement s'arrête, et le liquide qui a passé dans l'éprouvette graduée donne le volume du cerveau.

XXXVII. — *Altérations microscopiques du noyau du pneumogastrique dans un cas de carcinome de l'œsophage*; par C. Hudovernig (numéro d'octobre). — Parhon a publié trois observations avec lésions des noyaux des nerfs craniens dans des cas de tumeurs carcinomateuses siégeant dans le domaine périphérique de ces nerfs.

Dans les deux premiers cas, il signalait à la suite du cancer de la langue des altérations d'un groupe cellulaire du noyau de l'hypoglosse; dans le troisième, le noyau du facial était altéré à la suite de la destruction de quelques muscles de la face par une affection carcinomateuse.

Pour contrôler ces résultats et dans l'espoir de découvrir des données nouvelles sur certaines localisations, l'auteur soumit à l'examen microscopique les centres encéphaliques d'un sujet qui avait succombé à un cancer de l'œsophage.

Il trouva, en effet, dans certains groupes de cellules nerveuses des altérations nerveuses affectant la forme de la chromatolyse telle que l'avait observée Parhon. Ses constatations peuvent se résumer ainsi : dans un cas de cancer de l'œsophage



il y avait des cellules nerveuses altérées (sous la forme chromatolytique) dans la partie du noyau dorsal du pneumogastrique qui limite la racine vagoglossopharyngienne ascendante du côté de son bord supérieur et interne, et aussi, quoique en plus petit nombre, dans le groupe inférieur des cellules nerveuses de la partie moyenne du « nucleus ambiguus » qui avec le noyau dorsal et la racine vagoglossopharyngienne ci-dessus mentionnés, forme le noyau central du pneumogastrique.

XXXVIII. — *Un cas de paralysie du droit interne de l'œil avec parésie des membres, à la suite de fracture du crâne*; par le D<sup>r</sup> E. Bloch (numéro d'octobre). — Un ouvrier, à la suite d'un traumatisme cranien, présente une paralysie du muscle droit interne de l'œil droit et de la parésie des membres du même côté. Comme phénomène oculaire, on observa de la diplopie. L'auteur voit une preuve de la localisation de la paralysie au seul muscle droit interne, dans ce fait que lorsque le regard était dirigé soit en haut soit en bas, la distance dans le sens de la hauteur des deux images diminuait au lieu d'augmenter, comme cela aurait eu lieu si les muscles obliques avaient été également atteints. Cette distance diminuait aussi quand le regard était dirigé à droite. Schirme avait déjà observé ce phénomène (en sens inverse, bien entendu) dans un cas de paralysie du muscle droit interne de l'œil gauche; il l'expliqua en supposant qu'une force ayant pour effet de tirer l'œil en haut avait cessé d'agir. Le muscle droit externe faisait donc mouvoir l'œil non pas directement en dehors, mais bien en haut et en dehors.

Le malade en question s'améliora sous l'influence des injections de strychnine et de la faradisation.

L'auteur localise la fracture au rocher et admet la compression par hémorragie du noyau de l'abducteur sans qu'il y ait eu hémorragie dans le noyau même, ce qui aurait vraisemblablement compromis aussi le facial.

Quant à la paralysie des extrémités du même côté, il l'attribue à des hémorragies miliaires du côté gauche du pont de Varole au-dessous du point d'émission des fibres corticales du facial.

XXXIX. — *Symptomatologie de la paralysie agitante*; par le D<sup>r</sup> Bruns (numéro de novembre). — L'auteur rapporte quatre observations de paralysie agitante, pour mettre en évidence certains symptômes de cette maladie qui, remarque-t-il, est souvent incomplètement observée autant en raison de la facilité du diagnostic qui peut se faire à première vue, qu'en

raison de l'impuissance à soulager le malade qui, pour cette raison, ne vient pas à la consultation d'une façon suivie. En dehors des considérations sur les atrophies, sur l'état des réflexes, sur les phénomènes douloureux, les paralysies oculaires et les caractères du tremblement dans la paralysie agitante, l'auteur traite surtout d'un symptôme encore peu étudié, mais signalé cependant par Oppenheim : le ptyalisme. Oppenheim se refuse à voir dans l'écoulement de la salive un phénomène mécanique imputable à des troubles musculaires de l'acte de la déglutition. Il y a des cas, en effet, où le ptyalisme existe comme phénomène de début, et d'autres où, malgré la perturbation des mouvements des muscles intervenant dans la déglutition, il n'y a pas écoulement de salive. Aussi attribue-t-il le ptyalisme à une hypersécrétion primaire d'origine bulbaire. Les quatre observations de l'auteur viennent à l'appui de cette opinion ; en effet, si dans toutes les quatre le complexe symptomatique de la paralysie bulbaire ne peut être contesté, il faut remarquer que dans le premier cas seulement les troubles de la déglutition étaient assez accentués pour pouvoir servir d'explication plausible à l'écoulement de la salive, que dans le deuxième et le quatrième ces troubles étaient peu accusés, et que dans le troisième ils faisaient complètement défaut. Or, tandis que dans le troisième cas il y avait ptyalisme très marqué sans troubles des muscles de la déglutition, dans le quatrième le ptyalisme faisait défaut malgré les troubles mécaniques, et dans les deux premiers il coexistait une fois avec des troubles moteurs très forts, l'autre fois avec ces troubles réduits au minimum. Dans ces conditions on ne saurait voir entre les troubles moteurs et le ptyalisme un rapport de cause à effet. Oppenheim, dans les six cas de ptyalisme qu'il rapporte, a observé cinq fois une sécrétion abondante de sueur, et croit que les deux phénomènes ont la même origine. L'auteur a observé le même fait dans deux cas et estime qu'il faut attribuer aux deux hypersécrétions une origine bulbaire.

XL. — *Côtes cervicales*; par le D<sup>r</sup> H. Levi (numéro de novembre). — Bochhardt et Oppenheim ont rapporté deux cas de syringomyélie avec côtes cervicales, ce qui a fait dire à Bochhardt que les côtes cervicales constituent une anomalie se combinant avec des maladies nerveuses, et surtout avec la syringomyélie.

L'auteur rapporte un nouveau cas à l'appui de la thèse de Bochhardt.

Il s'agit d'une ouvrière de dix-huit ans qui, atteinte de sclérose disséminée, présente dans la fosse susclaviculaire gauche une tumeur affectant la forme et la largeur d'une côte avec exostose. Dans la fosse susclaviculaire droite, on ne peut établir de façon certaine par le toucher quelque chose d'anormal à côté de la première côte; mais la radiographie semble indiquer la présence d'un corps osseux qui pourrait bien n'être que l'exagération de l'apophyse de la septième vertèbre cervicale. La découverte de cette anomalie n'a été faite qu'incidemment au cours de l'évolution de la sclérose; car 5 à 10 p. 100 des cas de côtes surnuméraires seulement provoquent des symptômes douloureux.

Quel rapport faut-il voir entre l'anomalie osseuse et la sclérose multiple? Il faut voir probablement avec Oppenheim, dans cette anomalie, un signe de dégénérescence ou d'atavisme qui indique une prédisposition aux maladies nerveuses ou mentales, prédisposition à côté de laquelle il importe de chercher la cause réelle.

XLI. — *Un cas de méningite syphilitique diffuse de la convexité et de la base*; par le Dr Schaffer (numéro de novembre).

— Observation très intéressante d'une femme de quarante-quatre ans adonnée à la prostitution depuis vingt-quatre ans. Syphilis ancienne. Frère mort aliéné. Au commencement de 1900, au cours d'une promenade, crise avec chute sans perte de connaissance. Ces crises se produisent de temps en temps, et à la fin de la même année on observe de la parésie de la main gauche avec sensation de piqûres aux doigts; la parésie s'étend bientôt au bras gauche et, en février 1901, au membre inférieur gauche. En mars, admission à l'asile, parésie palpébrale gauche, hémianopsie gauche bilatérale, diminution de l'odorat à droite, effacement du sillon naso-labial gauche, surdité à droite avec otite moyenne chronique. La parésie des membres gauches est plus accentuée dans les parties distales. Paresthésies et paralgies à la main et au pied gauches. Disparition de la sensibilité profonde aux doigts de la main gauche. Au coude, à l'épaule et aux articulations du membre inférieur du côté gauche cette sensibilité profonde n'est que diminuée. Stéréoanesthésie de la main gauche. Crises convulsives fréquentes sans perte de connaissance, augmentation de l'hémi-parésie gauche à la suite de chaque crise. Céphalalgie surtout à droite, humeur gaie, disposition à la plaisanterie en dehors des longues heures de somnolence. Aurait eu un accès

de narcolepsie durant trente jours avant l'admission. Au début, diminution de l'intensité des crises sous l'influence de l'iodure de potassium ; plus tard, morsures de la langue pendant les crises, amnésie consécutive, vertiges dans l'intervalle des crises, quelquefois accès impulsifs de rire. Lésions du fond de l'œil papillo-rétinite. Décès en octobre 1902.

A l'autopsie, à côté de lésions multiples de divers organes, on constate un œdème méningé très marqué à droite, avec atrophie et ramollissement du lobe frontal du même côté.

L'auteur explique par des lésions bien localisées la plupart des symptômes observés pendant le cours de la maladie, et tire de ses constatations à l'examen microscopique des conclusions intéressantes au point de vue de la dégénérescence secondaire ; mais cette partie du travail n'est guère susceptible d'être résumée, surtout sans la reproduction des figures qui l'illustrent.

XLII. — *Innervation hétérotopique* ; par le D<sup>r</sup> Huet (numéro de décembre). — Au cours de l'examen d'un malade atteint d'une affection douloureuse de l'épaule gauche, l'auteur observe à l'épaule droite l'anomalie suivante : chaque fois que le malade parle, quelques faisceaux musculaires du trapèze se contractent, formant une saillie de 5 centimètres de largeur, saillie qui persiste tant que le malade parle, disparaît dès qu'il se tait, et se traduit à la lecture à haute voix en ondulations qui fléchissent parallèlement à la ponctuation du texte. Ces contractions ne sont pas produites par le chuchotement ; la déglutition les provoque à un degré moins accentué. La réaction électrique est égale des deux côtés, le malade ne peut contracter le trapèze volontairement sans faire participer les faisceaux en question à la contraction.

Cette anomalie peut s'expliquer par deux hypothèses : dans la première, en admettant les vues de His sur les rapports des fibres nerveuses du système central avec les muscles, on peut supposer que des fibres émanant du noyau pneumogastrique ont fait fausse route et au lieu d'aller au larynx se sont égarées dans le muscle trapèze ; dans la seconde hypothèse on peut admettre un développement ontogénétique incomplet. En effet, chez le requin, le trapèze ne constitue qu'une partie d'un muscle spécial, le *constrictor dorsalis superior*, dont une partie s'insère sur le dernier arc branchial, et qui est innervé par des fibres venant du noyau commun du pneumogastrique et du spinal. Il est donc vraisemblable que, dans le principe, le trapèze était innervé par des rameaux du pneumogastrique. Le cas observé

par l'auteur serait une anomalie rappelant cette disposition du muscle constricteur dorsal supérieur (trapeze), disposition existant encore chez le requin, mais qui s'est transformée dans l'évolution vers les degrés supérieurs de l'échelle animale.

XLIII. — *Myasthénie et maladie de Basedow combinées* ; par le Dr Meyerstein (numéro de décembre). — L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui a succombé au moment où il se proposait de la présenter à la Société de psychiatrie de Berlin. L'autopsie n'a pu avoir lieu. C'était une femme de trente-trois ans, présentant concurremment les symptômes de la myasthénie, et de la maladie de Basedow : diplopie, faiblesse des bras, nécessité d'interrompre le travail par suite d'épuisement rapide, avec faculté de le reprendre après une pause, palpitations, battements dans les vaisseaux, faiblesse des lombes, transpiration abondante, ptosis bilatéral ; à gauche, paralysie des muscles de l'œil en général, exophtalmie, goitre du volume d'un poing, signe de Stellwag, de temps en temps tremblement des mains ; ni atrophies, ni tremblements fibrillaires, sensibilité intacte, réflexes conservés, diminution peu marquée de la résistance normale de la peau à l'électricité, état psychique normal. Pas de réaction de dégénérescence. Réaction myasthénique dans les biceps, le deltoïde gauche et le long supinateur. Cœur dévié à gauche, battements s'étendant à toute la région cardiaque, tachycardie (110 à 130 pulsations).

La mort survient vingt-quatre heures après une aggravation subite avec dyspnée, difficulté de la parole et de la déglutition, cyanose des lèvres, pouls très fréquent.

Malgré l'absence de certains symptômes, on ne saurait se refuser à voir ici un cas de myasthénie et de maladie de Basedow combinées.

A ce sujet, l'auteur fait remarquer que dans beaucoup de cas de myasthénie on a signalé des symptômes isolés de goitre exophtalmique. Oppenheim a observé le goitre, la tachycardie, le tremblement, la diarrhée ; Kalischer et Goldflam, le goitre et l'exophtalmie ; Remack, Finizio et d'autres ont observé des faits analogues chez les myasthéniques. D'autre part, Warner, Bristowe, Ballet, Jendrassick et plus récemment Löser ont observé dans la maladie de Basedow des symptômes de myasthénie.

Il semble donc qu'il y a une relation intime entre ces deux affections. Faut-il admettre avec Oppenheim que la maladie de Basedow augmente la disposition à la myasthénie, ou bien

que les deux complexus symptomatiques sont dus à un même agent nocif, à une intoxication? Cette hypothèse est d'autant plus plausible que plusieurs auteurs ont rapporté des cas de myasthénie à la suite de maladies infectieuses.

Il faut remarquer encore qu'on a signalé, tant dans la myasthénie que dans la maladie de Basedow, des lésions ou des persistances du thymus, et que les recherches expérimentales et thérapeutiques semblent établir qu'il existe certains rapports entre le thymus et le corps thyroïde.

Ce fait donne un intérêt de plus aux cas où il y a combinaison de la maladie de Basedow et de la myasthénie, alors surtout que la pathogenèse de cette dernière affection est encore bien obscure.

D<sup>r</sup> A. ADAM.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*I tentativi di suicidio in patologia mentale. Ricerche statistiche e cliniche* (Les tentatives de suicide en pathologie mentale. Recherches statistiques et cliniques); par le D<sup>r</sup> Angelo Alberti. Broch. in-8°. Extrait du *Diario del San Benedetto in Pesaro*, 1907.

Dans cette étude, l'auteur se propose de rechercher si le phénomène suicide a une valeur caractéristique pour l'évolution ultérieure de la maladie mentale qui le détermine. Les rapports du suicide et de la folie n'ont attiré l'attention des médecins qu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Quelques auteurs comme Esquirol, Georget, Falret, Bourdin, n'ont pas hésité à considérer le suicide comme étant toujours le produit d'une aliénation mentale, conception *a priori* contre laquelle s'élevèrent Etoc-Demazy, Cerise, Belhomme, Brierre de Boismont et autres. Viallon, un des derniers auteurs qui aient écrit sur ce sujet, considère que le suicide peut, dans certaines circonstances, être le produit de la délibération volontaire d'un esprit sain. Mais il n'en est pas moins indiscutable que, au fur et à mesure que progresse notre connaissance des phénomènes psychiatriques, les cas de suicides dits normaux deviennent de plus en plus rares. Vedrani rapporte une observation de Alzheimer concernant un employé qui avait accompli ses fonctions avec une parfaite régularité jusqu'au moment de son suicide, qui apparaissait comme étant psychiquement très normal, et qui à l'autopsie apparut comme étant un paralytique général.

Les aliénistes éprouvent les plus grandes difficultés à recueillir les antécédents de leurs malades, et cette difficulté est plus grande encore lorsqu'il s'agit de faire l'histoire de ceux qui, en détruisant leur vie, ont détruit leur passé. Il est difficile aussi d'établir le rapport qui existe entre le nombre de ceux qui, ayant tenté de se suicider, continuent de mener leur vie d'autrefois, et le nombre de ceux qui, après leur tentative, viennent accroître temporairement ou définitivement le nombre des internés. Mais on peut dire que la grosse majorité des suicides ont une « suite manicomiale », et que bien rares sont ceux sur lesquels il n'est

pas possible de mettre une étiquette diagnostique. Depuis longtemps, d'ailleurs, on a noté la marche parallèle des suicides, de la folie et de l'alcoolisme qui est le grand pourvoyeur des asiles.

Les statistiques de Crommelink, de Skae, d'Esquirol, citées par Brierre de Boismont, montrent la fréquence extrême de la tendance au suicide chez les aliénés. Mais encore convient-il de n'accueillir tous les cas qu'avec la plus extrême prudence, et de ne pas confondre un malheur accidentel avec une tentative de suicide : malades passant par une fenêtre en croyant passer par une porte, malades s'exposant à des dangers pour montrer leur invulnérabilité, pour expier leurs péchés, etc., etc.

Pourquoi donc, tout en tenant compte des causes d'erreurs, les tentatives de suicide sont-elles si fréquentes chez les aliénés? Des recherches minutieuses et patientes sur ce qui est l'instinct de conservation et sur les rapports de cet instinct avec le bon fonctionnement et l'intégrité anatomique des systèmes organiques pourront mettre l'aliéniste sur la bonne voie.

Les causes prédisposantes du suicide sont ordinairement de deux sortes : morales et organiques, ces dernières étant les plus importantes. En s'appuyant sur les documents qu'il possède, l'auteur croit pouvoir conclure qu'une cause morale peut être suffisante pour conduire au suicide. Si toute émotion, comme l'enseignent William James et Maudsley, est précédée d'une altération fonctionnelle de tous les systèmes déterminant un orgasme de la cénesthésie, il ne semble pas illogique d'admettre que chez certains individus, d'apparence saine, mais compromis par des tares héréditaires ou autres, l'éréthisme cénesthésique ne puisse, dans certaines conditions spéciales et à certaines périodes de la vie, atteindre ce degré qui n'est ordinairement réalisé que par des lésions graves et chroniques des organes. Les causes morales, si l'on admet le mécanisme des émotions, peuvent donc acquérir la valeur des causes physiques, et l'auteur, tout en concédant que les causes physiques et morales n'ont qu'une valeur secondaire, en arrive ainsi à donner toute son importance à la prédisposition personnelle. Mais certaines conditions extérieures ne doivent pas être perdues de vue, comme tout particulièrement les dangers que présente au point de vue suicide la première période de l'internement, non seulement parce qu'à cette époque la forme morbide est à sa période aiguë, mais encore en raison de la douleur qu'occasionne la privation subite de la liberté personnelle.



Parmi toutes les causes morales du suicide, il en est une qui ne saurait être passée sous silence : c'est l'imitation. L'imitation n'a une importance notable que dans quelques psychoses : la neurasthénie, les états dépressifs, l'hystérie. Dans les autres cas, comme l'a dit Féré, l'imitation ne persuade que les plus gravement prédisposés.

Les causes physiques peuvent avoir, elles aussi, une valeur exclusive dans la genèse du suicide : certains auteurs citent parmi ces causes les infections aiguës, les auto-intoxications, les troubles de la menstruation ; cependant, il faut remarquer, au sujet de ces dernières causes, que l'altération organique n'est qu'une occasion pour le développement et l'exacerbation de psychoses latentes ou déjà existantes.

Y a-t-il une anatomie pathologique du suicide ? Gall soutenait que le crâne des suicidés était épais et dense ; d'autres ont incriminé la congestion dure-mérienne, le foie, la vésicule biliaire, etc., etc. Toutes ces opinions ont eu naturellement comme corollaire une thérapeutique appropriée, dont la plus célèbre fut la cure d'Avenbrugger.

Aujourd'hui, il ne saurait plus être question d'une cure spécifique du suicide, mais seulement d'une cure de la maladie mentale au cours de laquelle il peut être tenté ; et au surplus, on ne peut espérer un résultat durable que de la prophylaxie de la folie.

Or, en Italie, et particulièrement dans la province de Pesaro, les facteurs fondamentaux des tentatives de suicide sont la pellagre et l'alcoolisme ; toutes les causes qui amèneront la diminution du nombre des cas de folie pellagreuse et de folie alcoolique amèneront, par conséquent, une diminution du nombre des cas de tentatives de suicide.

Du 1<sup>er</sup> janvier 1896 au 31 décembre 1905, sur 1.872 malades entrés à l'asile provincial de Pesaro, 226 (12,07 p. 100) avaient commis une tentative de suicide, la moyenne pour cent des suicides dans toute la province étant de 0,004 (Morselli, 1871).

Sur ces 226 cas, on note tout particulièrement 64 cas de folie pellagreuse, 36 cas de folie alcoolique, 31 cas de folie maniaco-dépressive, parmi lesquels il faut surtout retenir au point de vue social, parce qu'une prophylaxie bien entendue peut diminuer de beaucoup leur importance : la folie pellagreuse et la folie alcoolique ; manger mieux et boire moins.

Sur le total des entrées de pellagreaux, on rencontre 66 p. 100

de tentatives de suicide. Le chiffre le plus élevé appartient ensuite à la démence précoce qui est de 33 p. 100, et ceci confirme la conception pathogénique de Kraepelin, car, dans le tableau, la démence précoce se trouve placée dans le groupe des psychoses toxiques entre la pellagre et l'amentia, très loin des psychoses dégénératives. L'amentia vient donc ensuite avec 26 p. 100 de tentatives de suicide, chiffre qui devrait être plus élevé et qui n'est si bas que parce que généralement ces malades-là sont conduits de bonne heure à l'asile. Pour la folie alcoolique, la moyenne est de 19 p. 100.

Comme trait d'union entre les formes toxiques où le suicide est si fréquent, et les formes dégénératives où il est plus rare, on trouve les psychoses séniles et la mélancolie d'involution. Parmi les formes dégénératives, la folie maniaco-dépressive offre le chiffre le plus élevé. Pas une seule tentative de suicide n'a été notée au cours de la paralysie générale, mais il faut remarquer que cette forme mentale est très rare dans la province de Pesaro.

De tout ceci il résulte que le suicide présente d'étroits rapports avec la cénesthésie, car, dans les formes toxiques de la folie, les altérations fonctionnelles intéressent la totalité des systèmes. Par conséquent, dans les psychopathies, l'instinct de conservation est en rapport direct avec les conditions de la cénesthésie.

Et pourtant, la plupart des individus atteints de maladies physiques dont la situation est désespérée désirent énergiquement vivre. Mais il faut remarquer que le malade d'esprit est un égocentrique chez qui le monde extérieur ne compte plus pour rien ou pour presque rien, et chez qui, par conséquent, la valeur de la cénesthésie augmente d'autant.

Passant à la question de l'hérédité, l'auteur a trouvé 6 fois p. 100 l'hérédité similiaire et 47 fois p. 100 l'hérédité mentale, l'hérédité similiaire étant plus fréquente chez ceux qui sont atteints des formes mentales où le suicide est le plus rare. Ceci autorise l'auteur à adopter l'opinion de Viallon, qui estime que dans ce cas le suicide représente plutôt l'effet d'une attitude héréditaire caractéristique que de la maladie elle-même.

Si maintenant on répartit ces tentatives de suicide suivant le sexe, on voit que la moyenne est à peu près égale pour les hommes (12,37 p. 100) et pour les femmes (11,69 p. 100). Quant à l'âge, il est en rapport constant avec la forme morbide, surtout pour les psychoses qui sont le propre d'une période

déterminée de la vie humaine; mais on observe un retard constant sur l'âge de prédilection des diverses psychoses. En ne tenant pas compte des formes mentales, l'auteur place l'âge de prédilection des tentatives de suicide entre quarante et un ans et cinquante ans.

L'état psychologique précédant immédiatement la tentative de suicide a été le plus souvent caractérisé par les hallucinations terrifiantes, ce qui était à prévoir, puisque les tentatives de suicide présentent leur maximum de fréquence au cours des psychoses toxiques dont la caractéristique presque essentielle est l'hallucination. Viennent ensuite les impulsions psycho-motrices de nature inconnue, la dépression, les illusions cénesthésiques, les idées de persécution, et les idées d'auto-accusation. Si l'on prend la moyenne, c'est encore *l'état de peur* (hallucinations terrifiantes) qui donne le coefficient le plus élevé (31 p. 100); l'autre maximum est donné par les impulsions psycho-motrices de nature inconnue. Si chez un individu sain, présentant un état onirique, une hallucination terrifiante (cauchemar) se produit facilement grâce à un trouble de la cénesthésie, n'est-il pas logique d'admettre que chez les malades de l'esprit, qui sont très assimilables à des rêveurs, le mécanisme producteur des hallucinations terrifiantes soit un trouble de la cénesthésie? L'orgasme cénesthésique déterminerait la formation au niveau des centres de représentation (théorie de Tanzi) ou des centres sensoriels (théorie de Tamburini) d'images terrifiantes; et cela par un processus inverse de celui qui dans la théorie de W. James détermine la peur.

Le plus souvent, comme il était facile de le prévoir, les malades tentent de se suicider par immersion (43 p. 100): d'abord parce que la province de Pesaro s'étend le long du littoral de l'Adriatique, ensuite parce que la plupart des suicidés sont des pellagres, et que la submersion est le mode de prédilection de suicide dans cette psychose. Assez important aussi est le nombre des malades qui ont tenté de se détruire par précipitation (29 p. 100). Sauf pour la submersion, on peut dire que, en général, le mode d'exécution ne présente rien de caractéristique, les malades employant généralement le moyen qui leur semble le plus commode.

Que sont devenus ces malades, après leur tentative de suicide et leur internement? Sur 222, 123 sont sortis, 33 sont encore à l'asile et 66 sont morts. L'auteur insiste sur le taux énorme de la mortalité chez ces malades, mortalité qui atteint

30 p. 100, alors que la moyenne pour tout l'asile de Pesaro est de 7 à 8 p. 100. Cazauvieilh, au siècle dernier, avait noté la fréquence d'altérations organiques graves chez les suicidés; ces altérations ne seraient-elles pas elles-mêmes la cause des troubles de la cénesthésie ?

En somme, il existe un rapport de corrélation entre ce phénomène essentiellement psychique qu'est le suicide et les altérations diffuses de la cénesthésie ainsi que les lésions organiques graves, chez les aliénés. Les présentes recherches viennent confirmer les théories de W. James, et l'auteur se félicite d'avoir mis en évidence l'harmonie qui existe entre les données de la clinique et les conceptions spéculatives de la psychologie pure.

Un résumé, important et intéressant travail, de la haute valeur duquel cette analyse rapide ne peut donner qu'une faible idée.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

*Il manicomio provinciale di Milano in Mombello dal 1879 al 1906* (L'asile provincial des aliénés de Milan à Mombello de 1879 à 1906); par le D<sup>r</sup> G. B. Verga, médecin-directeur. Broch. in-4°, de 91 pages, illustrée. Milan, 1906.

Dans une brochure luxueuse, M. le D<sup>r</sup> Verga rend compte du fonctionnement de l'asile provincial de Milan de 1879 à 1906. Un historique rapide nous fait connaître que le Palazzo Crivelli, origine de l'asile actuel, abrita le général Bonaparte du 6 mai au 16 novembre 1797 et que dans la chapelle du palais furent bénis les mariages de Pauline Bonaparte avec le général Leclerc et d'Elisa avec le capitaine Baciocchi. Devenu, en 1885, succursale et colonie agricole du vieil asile de la Senavra, Mombello finit par dépasser en importance l'asile principal, définitivement abandonné en 1879.

L'asile se compose aujourd'hui de pavillons séparés pour les tranquilles, les demi-agités, les agités, les chroniques, les épileptiques et les enfants; enfin, très loin des bâtiments principaux, on trouve une section pour les contagieux. La disposition générale des bâtiments est la suivante : au rez-de-chaussée, salles de réunion, réfectoires, infirmerie, salles de bains; au premier, dortoirs et lavabos. A l'intérieur, lambris de stuc de

deux mètres de haut, sol en asphalte, carreaux ou ciment. Seules les fenêtres des pavillons d'agités, demi-agités et épileptiques sont grillées. Chauffage à l'air chaud et au thermosiphon, éclairage électrique. Les moyens de contention ont été complètement abandonnés.

La population de la province de Milan est passée de 1.125.553 habitants en 1881 à 1.450.214 en 1901 (dernier recensement); or, l'asile provincial, qui comptait 1081 présents en 1879, en comptait 1.743 en 1905, avec 403 entrées en 1879 contre 857 en 1905; 199 sorties, dont 180 par guérison et amélioration en 1879, contre 444 sorties, dont 355 par guérison et amélioration en 1905. La moyenne annuelle des décès de 1879 à 1905 a été de 10,2 p. 100 avec un maximum de 12 p. 100 en 1901 et un minimum de 8,1 p. 100 en 1894. Rien de particulier dans les formes mentales observées chez les entrants. A signaler l'augmentation progressive des cas de folie alcoolique chez les hommes. En 1905, 116 hommes et 11 femmes alcooliques sur les 857 entrées. Quant à la folie pellagreuse, elle semble commencer à rétrocéder. Un assez long chapitre y est consacré dans cette brochure.

A noter d'intéressants renseignements sur le service intérieur: le service médical est assuré par dix médecins, y compris le directeur et le vice-directeur, ce qui faisait en 1905 un médecin pour 173 malades. La visite commencée à 8 heures et demie se termine à midi. Chaque médecin assure à tour de rôle le service de garde de jour et de nuit. L'asile possède un laboratoire avec musée anatomo-pathologique, salle d'électro-diagnostic et d'électrothérapie et publie un journal depuis 1880.

Les infirmiers reçoivent une solde journalière qui varie de 1 fr. 30 à 1 fr. 70, les infirmières de 0 fr. 80 à 1 fr. 10. Tous reçoivent un supplément de 0 fr. 10 tous les cinq ans et tous les vingt ans. Des suppléments sont aussi accordés à ceux des infirmiers qui suivent avec le plus de succès les cours institués pour eux. Le versement à la caisse provinciale de prévoyance est obligatoire pour les infirmiers qui ont droit à une pension de 540 francs à soixante-cinq ans et facultatif pour les infirmières. Les infirmiers ont un jour de congé tous les trois jours, et les infirmières dix-huit heures de repos dans l'établissement tous les trois jours et six heures de sortie par semaine. Tous ont droit à quatre jours de vacances par an.

Le prix de journée moyen a été de 1 fr. 50 de 1879 à 1905 avec des variantes allant de 1 fr. 75 (1905) à 1 fr. 32 (1895).

Des tableaux, un plan et de nombreuses gravures complètent heureusement cet intéressant et important travail.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

*Ricerche sperimentali sulle malformazioni ed eterotopie artificiali del midollo spinale* (Recherches expérimentales sur les malformations et les hétérotopies de la moelle épinière); par les D<sup>rs</sup> Guido Garbini et Renato Rebizzi. 7 pages in-8°. Extrait du *Bollettino ed. Archivio dell'Istituto Umbro di Scienze e Lettere*. Pérouse, 1907.

Est-il exact, ainsi que l'a assuré Van Gieson, que, sauf de très rares exceptions, les auteurs aient décrit comme anomalies naturelles des malformations médullaires uniquement dues à des maladresses commises au cours de l'autopsie? Il résulte des recherches des D<sup>rs</sup> G. Garbini et R. Rebizzi que la moelle épinière, très résistante, ne peut être abîmée au cours de l'autopsie et des manipulations qui précèdent l'examen macroscopique ou microscopique que dans des conditions qui ne peuvent être qu'exceptionnellement réalisées; que, d'ailleurs, les altérations de structure dans les hétérotopies et malformations artificielles sont suffisamment bien définies pour que soit facile et certain leur diagnostic différentiel avec les anomalies véritables.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

*Influenza dell'acido formico e dei suoi sali sull'apparato circolatorio* (Influence de l'acide formique et de ses sels sur l'appareil circulatoire); par le D<sup>r</sup> P. de Angelis. 6 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*. Fasc. II-III. Naples, 1906.

Ancien médicament un instant délaissé, l'acide formique a été depuis peu remis en honneur comme myotonique et cardiocinétique. Des injections parenchymateuses profondes faites sur la grenouille ont permis au D<sup>r</sup> P. de Angelis d'arriver aux conclusions suivantes : L'acide formique et ses sels fatiguent le myocarde; les formiates seraient, d'après les expériences de Huchard et Clément, des médicaments toni-musculaires; mais on ne peut avoir aucune confiance dans leur action sur l'appareil circulatoire.

LUCIEN LAGRIFFE.

*On the functions of the cerebrum : the frontal lobes* (Des fonctions du cerveau : le lobe frontal) ; par Shepherd Ivory Franz. Broch. in-8. Extrait des *Archives of psychology*, mars 1907, New-York.

Cet article est le premier d'une série de travaux où seront étudiées les fonctions des différentes parties du cerveau, plus particulièrement les zones d'association.

Les expériences contenues dans cette monographie ont été exécutées à Harvard medical school, Dartmouth medical school et à l'hôpital de Mac Lean. Elles ont donné les résultats suivants :

Chez les singes et les chats, les lobes frontaux ont pour fonction normale de former uniquement les associations ; lorsqu'ils sont détruits, les habitudes récemment acquises sont perdues ; la perte des associations n'est pas la conséquence de lésions d'autres parties du cerveau ; elle n'est pas due au shock, car les lésions d'autres parties du cerveau ne la produisent pas ; non plus que l'anesthésie, l'hémorragie, etc. ; les lésions unilatérales du lobe frontal ne sont pas suivies de la perte des associations qui sont seulement ralenties ou retardées, les habitudes perdues à la suite de l'ablation des lobes frontaux peuvent être acquises de nouveau et dans le même temps que s'il s'agissait d'acquérir des associations nouvelles ; les seules habitudes acquises récemment semblent détruites par l'opération, les anciennes paraissent persister ; les facultés émotives de l'animal ne semblent pas modifiées.

« Des données expérimentales et cliniques, ajoute l'auteur, je conclus que les lobes frontaux sont intéressés dans les processus normaux d'association, et que c'est grâce à eux que nous sommes capables d'acquérir des habitudes et d'apprendre en général ».

A. CULLERRE.

*Treatment by hypnotism and suggestion, or psychotherapeutics* (Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie) ; par le Dr C. Lloyd Tuckey ; in-8° de 418 pages, 5<sup>e</sup> édition. Baillière, Tindall and Cox, London, 1907.

Dans le tome XV de la huitième série des *Annales*, en 1902, nous avons rendu compte de la quatrième édition de ce livre dont, dans cette cinquième, l'économie n'est en rien changée,

ce qui s'explique d'ailleurs, les sept années qui séparent la précédente édition de celle-ci, « n'ayant été marquées, ainsi que le constate l'auteur lui-même, par aucun progrès frappant, soit dans la théorie, soit dans la pratique de l'hypnotisme ».

Il paraît que l'Angleterre continue, bien que de très loin derrière les autres nations, à adopter la thérapeutique suggestive, malgré les préjugés qui subsistent encore dans une partie du corps médical. Il s'est formé une société anglaise de médecine s'intéressant aux études hypnotiques, qui contribuera sans doute à l'extension de la psychothérapie.

Enfin, l'auteur nous fait connaître que parmi les améliorations qu'il a apportées à son ouvrage, figurent de nombreux extraits de la cinquième édition du livre du Professeur Forel sur l'hypnotisme et la suggestion dans la psychothérapie, dont la traduction a paru à Londres en 1906.

La nouveauté de ce livre est une curieuse introduction du Professeur sir Francis R. Cruise, de Dublin, racontant comment, vers 1890, il fut converti à l'hypnotisme au cours d'un voyage qu'il fit aux lieux saints de la nouvelle doctrine, Nancy et Paris. A Nancy, il observa sous l'égide de Liébeault et de Bernheim. A Paris, il reçut la bonne parole des Luys, des Auguste Voisin, du chef de clinique de Charcot, M. Guinon, et du Dr Bérillon à son dispensaire de la rue Saint-André-des-Arts. Il en revint émerveillé et définitivement initié, malgré l'opposition de ses tendances intellectuelles « au plus extraordinaire et au plus captivant développement de la science neurologique et psychologique et, éventuellement, au plus puissant agent de la thérapeutique médicale ». Aussi avoue-t-il de bonne grâce qu'il y a des exceptions à l'axiome d'Herbert Spencer : « Contre les préjugés, les faits les plus probants restent sans force » ; et que l'avis de William Crookes qu'il faut munir nos esprits, comme les fenêtres d'une maison, de l'écriteau d'usage « Chambres à louer », est tout à fait judicieux.

A. CULLERRE.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JULIANO MOREIRA. L'assistance des aliénés au Brésil. 9 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du II<sup>e</sup> Congrès international de l'assistance des aliénés*. Milan, 26-30 septembre 1906. Bologna, Stabilimento poligrafico Emiliano, 1907.



G. VERNET. Rapport sur un voyage d'études dans les asiles-colonies d'Allemagne, présenté à M. le préfet de l'Allier. 68 pages in-8°. Moulins. Imprimerie Fudez frères, 1907.

JULIANO MOREIRA. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. 15 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental science*, numéro de juillet 1907.

L. MAUPATÉ. Quels sont les aliénés que la loi prescrit ou permet d'interner? (A propos de l'encombrement des asiles.) 23 pages in-8°. Extrait de l'*Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1907, n° 3.

CESARE AGOSTINI. Sull'anatomia patologica dei centri nervosi nella demenza primitiva. 56 pages in-8° avec planches. Extrait des *Annali del Manicomio prov. di Perugia*, 1907, fasc. I et II.

L. MAUPATÉ. Quelle sera la situation des médecins d'asile sous le régime de la nouvelle loi sur les aliénés? 10 pages in-8°. Extrait de l'*Informateur des aliénistes et neurologistes*, avril 1907.

TANCREDI CORTESI. Contributo allo studio della via del linguaggio. 11 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1907, n° 29.

L. MAUPATÉ et Ch. NOLLEN. Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez la femme dans le Nord. 15+14 pages in-8°. Extraits de l'*Echo médical du Nord*, numéros des 16 juin et 14 juillet 1907.

V. BOURDIN. Rapport médical de l'asile des aliénés du département de la Sarthe pour l'année 1906. 49 pages in-8°. Le Mans. Imprimerie Drouin, 1907.

A. CHESNEAU. Quelques considérations cliniques sur les hallucinations. Thèse de Paris. 85 pages in-8°. Paris, A. Michalo, 1907.

BIAUTE. De l'assistance aux vieillards et enfants infirmes cérébraux. 9 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, s. d.

The eightieth annual report of James Murray's royal Asylum, Perth. 50 pages in-8°. Perth, J. Young and Sons, 1907.

EMIL KRAEPELIN. Introduction à la psychiatrie clinique. Traduite sur la seconde édition allemande par Albert Devaux et Prosper Merklen. Préface du Dr Dupré. 1 vol. in-8° de 439 pages. Paris, Vigot frères, 1907.

LOUIS RAZETTI. Hommage à Haeckel. Discours prononcé à l'Académie nationale de médecine du Venezuela. Traduit de l'espagnol par J. E. Sauvage. 26 pages in-8°. Caracas, 1907.

BIAUTE. Des certificats médicaux pour internement. 13 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, s. d.

P. R. Le recrutement du personnel infirmier dans les asiles d'aliénés. 9 pages in-8° du *Pages libres*, numéro du 21 septembre 1907.

J. SOURY. Article bibliographique sur « les fonctions du système nerveux central », du Dr M. Lewandowsky. 16 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre-octobre 1907.

GAETANO MARTINI. I moderni criteri nosologici applicati allo studio diagnostico dei malati di mente osservati dai classici. 33 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1906.

L. DÉRICQ. Asile de Bonneval. Extrait du Compte moral et administratif pour l'année 1906, suivi du Rapport médical et de ses annexes concernant l'intoxication alcoolique. 90 pages in-8°. Chartres, imprimerie Ed. Garnier, 1907.

LUIGI MONGERI. Patologia speciale delle malattie mentali, con sommare considerazioni medico legali per gli studenti, medici pratici e giuristi. 1 vol. in-18 de 264 pages, avec planches, des *Manuali Hoepli*. Milan, Ulrico Hoepli, 1907.

EUGENIO BRAVETTA. Il rivestimento neurocheratinico delle cellule nervose studiato nell'uomo. 11 pages in-8. Extrait de la *Gazzetta medica lombarda*, septembre 1907.

GAETANO MARTINI. La frenosi maniaco-depressiva all'osservazione clinica dell' Esquirol. 21 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1907.

L. MARCHAND et M. OLIVIER. Syphilis et démence. 11 p. in-8°. Extrait des *Annales des maladies vénériennes*. Paris, s. d.

MONESTIER et VERNET. Rapport médical et administratif del'asile Sainte-Catherine d'Yzeure pour l'année 1906. 32 pages in-8°. Moulins, imprimerie veuve F. Charmeil, 1907.

FRANCO DA ROCHA. Molestias mentales em Sao Paulo. Trabalho apresentado ao sexto congresso brasileiro de medicina e cirurgia. 9 pages in-8°. Sao Paulo, 1907.

FERDINANDO MAGGIOTTO. Epilessia e malattie intercorrenti. 17 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria e Tecnica manicomiale*, 1907.

L. MARCHAND. Les lésions de la folie. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue scientifique* du 7 septembre 1907.

CULLERRE. Une hystérique incendiaire pendant l'état somnambulique. 16 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, août 1907.

Ninth annual report of the Manhattan State hospital East, Ward's Island, for the year ending september 30, 1904. 93 pages in-8°, Albany, 1907.

GALDI (Raffaele). Le alterazioni del sangue in rapporto

specialmente alle malattie mentale. *Rivista sintetica*. 104 pages in-8°. Extrait d'*Il Manicomio*, 1907.

LACASSAGNE, ROUSSET et PAPILLON. L'affaire Reidal. Un cas de sadismesanguinaire congénital. 102 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale*, numéro du 15 octobre-15 novembre 1907.

PICQUÉ (Lucien). Discours prononcé à l'occasion du 7<sup>e</sup> anniversaire de la fondation du service du pavillon de chirurgie de l'asile clinique de Sainte-Anne (2 mai 1907). 16 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1907.

Fifty-sixth annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penn., for the year ending september 30, 1906. 58 pages in-8°. Harrisburg, 1907.

BIAUTE. Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1906. 23 pages in-8°. Nantes, imprimerie C. Mellinet, 1907.

HUBNER (Arth. Herm.). Beschreibung eines Apparates zur Untersuchung der Pupillen nebst Bemerkungen über einige Pupillenreaktionen. 6 pages in-8°. Extrait du *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Bd XXII.

— Der Abadie'sche Symptom bei Geisteskranken, 3 pages in-8°. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro du 1<sup>er</sup> août 1907.

— Klinische Studien über die Melancholie. 55 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*. Bd XLIII.

WESTPHAL. Ueber ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen sowie Bemerkungen über die Pupillenstarre bei Hysterie. 12 pages in-8°. Extrait de *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1907, n° 27.

JUDE. Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique. 118 pages in-18. Vannes, B. Le Beau, 1907.

BENI-BARDE. Clinique hydrothérapique. Silhouettes de névropathes. Première série : La neurasthénie, les vrais et les faux neurasthéniques. 463 + LXV pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1908.

A. MAIRET. La jalousie. Etude psycho-physiologique, clinique et médico-légale. 194 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1908.

A. PICK, OCTAV FISCHER, ERNST STRAUSSLER, M. PAPPENHEIM. Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Universitäts-Klinik in Prag. 143 pages in-8°, avec planches. Berlin, S. Karger, 1908.

GARBINI (Guido) et REBIZZI (Renato). Le malformazioni ed eteropie artificiali del midollo spinale. Ricerca sperimentale. 43 pages in-8°, avec planches. Extrait des *Annali del manicomio prov. di Perugia*, 1907.

ROSSI et GARBINI. Considerazioni sulla patogenesi della malattia di Parkinson. 3 pages in-8°, s. l. 1907.

GARBINI (Guido). Sopra un caso di notevole ipertrofia della porzione nervosa della ipofisi in un demente pellagroso. Nota. 6 pages in-8°. Extrait du *Bollettino ed Archivio dell'Istituto Umbro di Scienze e Lettere*. Perugia, 1907.

— Sulla psicosi confusionale allucinatoria acuta per autointossicazione. Nota clinica. 13 pages in-8°. Extrait des *Annali del manicomio prov. di Perugia*, 1907.

DEWEY (Richard). A case of disordered personality. 14 pages in-8°. Extrait de *The Journal of abnormal Psychology*, octobre-novembre 1907.

LYMAN WELLS (Frederic). A statistical study of literary merit, with remarks on some new phases of the method. 30 pages in-8°. Extrait des *Archives of Psychology*, août 1907.

VON HAMILTON. An experimental study of an unusual type of reaction in a dog. 13 pages in-8°. Extrait de *The Journal of comparative neurology and psychology*, 1907.

SHEPHERD IVORY FRANZ. The physiological study of a case of migraine. 26 pages in-8°. Extrait de *The Journal of physiology*, juin 1907.

LYMAN WELLS (Frederic). Researches in experimental phonetics; the study of speech curves. 3 pages in-8°. Extrait de *Science*, août 1907.

— Standard tests of arithmetical association. 3 pages in-8°. Extrait de *The Journal of philosophy, psychology and scientific method*, septembre 1907.

BRAVETTA (Eugenio). La pressione arteriosa nella demenza paralitica. Contributo allo studio della pressione arteriosa nelle malattie mentali. 24 pages in-4°. Extrait de la *Gazzetta medica Lombarda*, 1907.

LAGRIFFE (Lucien). Stigmates anatomiques de dégénérescence dans un groupe d'aliénés. 24 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1907.

MARCHAND et NOUET. Du caractère dit « épileptique ». 15 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Médecine*, numéro du 10 novembre 1907.

MERCIER (Pierre). Etude sur les variations de la pression artérielle dans les maladies nerveuses et particulièrement les psychoses. Thèse de Lyon, 1906. 96 pages in-8°.

DONATH (Julien). Sind Neurotoxine bei der Auslösung des epileptischen Krampfanfalls anzunehmen? 14 pages in-8°. Extrait de la *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Leipzig, 1907.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du 15 janvier 1908* : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le D<sup>r</sup> DAGONET (Jules-Léon), médecin en chef de l'asile clinique Sainte-Anne à Paris. — Médecin-adjoint à l'asile clinique de Sainte-Anne depuis 1888, médecin en chef en 1898, médecin en chef de classe exceptionnelle en 1907. — Vingt ans de services ;

M. le D<sup>r</sup> KÉRAVAL (Paul-Léon-Alexandre), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine). — Interne à l'asile de Saint-Gemmes (29 avril 1872), médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon (21 août 1882), médecin à la colonie de Vacluse (31 janvier 1884), médecin-adjoint au pensionnat de Ville-Evrard (1<sup>er</sup> avril 1889), et médecin en chef (3 mai 1890), médecin en chef de l'asile de Vacluse (24 février 1892), médecin directeur de l'asile d'Armentières (23 février 1895), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard depuis le 27 avril 1903. — Trente-cinq ans et demi de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Est promu officier de l'Instruction publique, M. AUBIN, directeur de l'asile de Marseille.

— *Arrêtés de janvier 1908* : MM. les D<sup>rs</sup> BONNET, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ; CHARON, directeur-médecin de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme) ; CHEVALIER-LAVAURE, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers) ; DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8.000 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche (Seine-et-Oise), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> MASSELON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs) ;

M. MOUGUET, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs).

## NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> DANNER. — Le D<sup>r</sup> Danner (de Tours), membre correspondant de la Société médico-psychologique, est mort à Saint-Avertin, près Tours, le 18 décembre 1907, chez sa fille M<sup>me</sup> veuve Sainton, où il était venu se réfugier quand, terrassé par l'artério-sclérose, il avait dû renoncer à l'exercice de la médecine et aux exigences des multiples fonctions, dont il avait encore la charge à l'âge de soixante-quinze ans.

La mort du D<sup>r</sup> Danner, qui pendant un demi-siècle a fait de la médecine à Tours, a été une perte irréparable, profondément ressentie, pour le corps médical tourangeau, où il occupait, sans conteste, la première place, grâce à la grandeur et à la beauté de son caractère, à sa dignité professionnelle, à sa parfaite urbanité, à sa légitime réputation scientifique et à sa haute personnalité morale.

Danner, Michel-Ange-Louis-Léon, est né à Tours le 27 septembre 1833, au n° 22 de la rue Colbert. Son père, originaire d'Aix-la-Chapelle, s'était engagé et était incorporé en 1809, au 4<sup>e</sup> régiment de lanciers; blessé en 1813 et 1814, il quitta l'armée active pour entrer dans l'administration militaire; en dernier lieu, il avait le rang de chef de bureau à l'intendance de Tours. En 1833, M. d'Entraignes, préfet d'Indre-et-Loire, le nommait chef de division à la préfecture, où, pendant dix ans, il s'acquitta de ses fonctions avec la plus scrupuleuse exactitude, laissant à Tours la réputation d'un homme instruit et distingué; il appartenait par sa mère à la famille de Wettengel (1).

Après avoir fréquenté la pension Couturier, le jeune Danner Léon entra au lycée de Tours, où il a fait de solides et brillantes études classiques. En 1849, élève de philosophie, il remporta tous les premiers prix. Bachelier ès lettres le 16 octobre 1849 et bachelier ès sciences le 13 novembre 1850, il se décida à étudier la médecine, contrairement à l'avis de son père, qui le destinait à l'Ecole normale supérieure et à l'enseignement des lettres.

Etudiant à l'Ecole de médecine de Tours, Léon Danner s'attacha de préférence aux professeurs Charcellay-Laplace et Thomas Saturnin, qui furent ses premiers maîtres; il fut lauréat de l'Ecole de médecine en 1851 et 1852 et termina ses études médicales à Paris, où nous le trouvons externe des

---

(1) Sauze, médecin aliéniste, dont nous avons fait l'éloge au Congrès de Marseille, en 1899, était aussi fils d'un chef de division à la préfecture.

hôpitaux en 1853 et, enfin, interne de la promotion de 1854.

Dans les hôpitaux de Paris, pendant quatre ans, les maîtres de Danner, dont il a donné lui-même les noms, furent Vernois, Hérard, Moissenet, Cazalis, Guersant, Jarjavay, Monod, Demarquay, Hillairet et Follin, c'est-à-dire des anatomistes, des médecins et des chirurgiens; mais en dehors de l'enseignement officiel, Danner fréquenta, pendant plusieurs années, les visites et les cours libres de J.-P. Falret à la Salpêtrière, les leçons cliniques de Baillarger et surtout l'enseignement si brillant du professeur Lasègue, médecin de l'infirmerie du Dépôt à la Préfecture de police, par où passaient tous les malades atteints ou soupçonnés d'aliénation mentale. L'élève du D<sup>r</sup> Lasègue devint rapidement son confident et son ami, amitié qui se continua à vie. Ces deux hommes, si bien doués, étaient faits pour se comprendre et s'estimer réciproquement, car tous deux, amis des belles-lettres, esprits cultivés, artistes, hommes de science et philosophes, avaient tous deux aussi le don de la persuasion, la facilité d'élocution, la pureté du langage, la clarté dans l'exposition poussée jusqu'à l'éloquence.

Pendant et après son internat de 1856 à 1859, Danner devint le collaborateur intime de Lasègue, aux *Archives générales de médecine*, où il a fait de nombreux articles de bibliographie française et étrangère, des revues et des articles originaux sur l'*Arc sénile*, la *maladie bronzée*, le *typhus de Crimée*, la *pathologie utérine* et *l'emploi des inhalations en thérapeutique*, etc...

Le 7 août 1858, Danner soutenait à la Faculté de Paris sa thèse pour le doctorat en médecine; il avait pris pour sujet : *L'Étude sur Esquirol et son influence sur la marche de la pathologie mentale*. Cette étude, ainsi que l'a fait remarquer Jules Falret, est un travail très sérieux, fait à un point de vue philosophique et élevé, dans lequel, tout en rendant hommage aux grands mérites de l'homme et du savant aliéniste que fut Esquirol, l'auteur, avec une grande netteté d'idées et avec un vrai bonheur d'expression, exposait la doctrine de nos ancêtres en médecine mentale.

Pinel et Esquirol n'avaient point échappé à l'influence des idées régnantes sur la psychologie normale et l'étude des facultés intellectuelles, morales et instinctives de l'homme, dont la maladie n'était alors qu'une déviation et un trouble passager ou permanent. Cette tendance plus psychologique que clinique et médicale, vivement critiquée et combattue par le D<sup>r</sup> Danner, le plaçait d'emblée au nombre des médecins aliénistes, qui ne devaient pas tarder à abandonner l'histoire et la pathologie des passions humaines pour étudier les causes somatiques de la folie, ses intimes relations avec la pathologie interne et géné-

rale, et rechercher enfin une thérapeutique scientifique autre que le traitement moral et systématique de Leuret.

Par ses relations scientifiques et l'allure générale de son esprit, le D<sup>r</sup> Danner paraissait destiné à aborder le concours d'agrégation en médecine et séjourner définitivement à Paris ; mais, pour vivre près de sa mère, qu'il adorait, il revint à Tours exercer la médecine et assister, comme adjoint, le D<sup>r</sup> Alain-Dupré, médecin en chef de l'asile des aliénés, dont la santé était gravement compromise.

En 1859 et 1860, le D<sup>r</sup> Danner fut successivement nommé médecin en chef de l'asile des aliénés, puis de l'hospice, et en cette qualité il vint habiter la maison, où nous l'avons connu, maison située au coin de la rue de l'Hospitalité et du ruau Sainte-Anne.

Peu de temps après, il était appelé à l'Ecole de médecine, comme chef des travaux anatomiques, puis comme suppléant des chaires d'anatomie et de clinique externe et enfin comme professeur de physiologie en 1863, chaire dont il resta titulaire jusqu'en 1893.

En 1880, le D<sup>r</sup> Danner fut nommé directeur de l'Ecole de médecine ; il obtint l'honorariat en 1893.

Membre de la Société d'anthropologie et de la Société de médecine légale de Paris, le D<sup>r</sup> Danner avait été à Tours chargé de multiples fonctions qu'il trouvait le temps de remplir avec une constante et méthodique ponctualité : médecin du lycée (1875) et de l'école normale d'institutrices (1888) ; membre du conseil d'hygiène (1874) ; membre de la commission de surveillance des prisons et du Comité de patronage des condamnés libérés (1878) ; membre de la Commission administrative des hospices (1881) ; membre du Comité de patronage des enfants du premier âge, puis président de ce Comité (1879) ; membre du Conseil municipal de Tours (1870-1883) ; médecin principal des chemins de fer de l'Etat (1882) ; médecin légiste (de 1859 à 1907).

C'est dans cette dernière fonction que le D<sup>r</sup> Danner fit réellement la preuve de ses brillantes qualités et des ressources inépuisables d'un homme lucide, pondéré, maître de lui-même, sachant éclairer les questions les plus controversées et imposer la conviction. Pendant près de cinquante ans, expert recherché par les tribunaux correctionnels et les cours d'assises de Tours et de la région, il n'a jamais été discuté, et ses conclusions furent toujours adoptées par les magistrats ou le jury, auxquels il savait si bien parler, sans les étonner ou les surprendre par des considérations scientifiques abstraites ou des locutions techniques à l'usage des seuls médecins. Ses rapports de médecine légale et ses dépositions en cour d'assises resteront des



modèles du genre; on ne saurait trop en parler, et longtemps magistrats et avocats en garderont le souvenir inoubliable.

Le D<sup>r</sup> Danner a un grand défaut, me disait un jour un avocat très connu de notre région, « il parle trop bien; il est par trop clair dans son exposition, il impose trop ses convictions; il rend ainsi ingrate et par trop difficile la tâche du défenseur « légal des accusés. »

Comme médecin du service des aliénés, dans un asile des plus primitifs, il obtint de la Commission administrative la reconstruction totale de cet établissement et, dans le service des femmes, il proposa et réalisa, en 1866-1867, la suppression des cellules dont Rieger à Würzburg a fait l'essai, *sans précédent*, en 1893!

Pendant l'année terrible, le D<sup>r</sup> Danner fit, lui aussi, tout son devoir, en donnant ses soins aux blessés; il obtint à cette occasion la croix de la Légion d'honneur (23 août 1873), et plus tard les palmes académiques (1877), et la rosette d'officier de l'Instruction publique (1884).

Ses confrères ayant vivement apprécié ses éminentes qualités professionnelles, l'avaient rapidement nommé président de leur association, fonction qu'il a conservée pendant de longues années, au bout desquelles il devint président honoraire.

Pendant son séjour à Tours, le D<sup>r</sup> Danner n'a jamais eu le temps de publier des mémoires; on a de lui, cependant, les discours qu'il a prononcés aux séances de rentrée de l'Ecole de médecine, discours remarquables, parmi lesquels il convient de rappeler *une revue d'ensemble sur les Délires épidémiques aux diverses époques de l'histoire*, avec des considérations générales sur les tables tournantes et les poussées périodiques de spiritisme, qui se produisent encore de nos jours en Amérique, en Europe et même en France, comme un triste reflet des préjugés sociaux du temps passé.

Le service hospitalier du D<sup>r</sup> Danner comprenait, avec les aliénés, les enfants du premier âge, les enfants assistés, les vieillards hommes et femmes, les pensionnaires et les employés de ce grand établissement; il était, bien entendu, recherché des élèves, et parmi eux, je dois rappeler mes collègues du service des aliénés : MM. Petrucci (d'Angers), Taguet (de Ville-Evrard), et Culerre (de la Roche-sur-Yon), ce savant modeste, dont les publications scientifiques sont aussi appréciées en France qu'à l'étranger. Qu'il me soit permis d'y ajouter mon nom, puisque pendant deux ans (1864-1865 et 1865-1866) j'ai eu l'insigne honneur d'être l'interne du D<sup>r</sup> Danner, de conquérir son amitié et de lui conserver, jusqu'au dernier jour, la reconnaissance et l'admiration.

En 1893, alors qu'il avait droit à un repos bien gagné par

toute une vie de labeur acharné, le Dr Danner eut la douleur immense de perdre son gendre, le Dr Sainton, qui, tout jeune encore, avait réussi à se faire à Tours une situation des plus enviables. C'est à ce moment qu'il trouva encore des forces pour faire face à des charges nouvelles, accablantes, et répondre aux exigences pénibles de la clientèle et de la consultation, et cela sans aucune faiblesse, sans le moindre signe de découragement.

Ce penseur, ce philosophe, ce médecin philanthrope et éclairé redevint, à soixante et un ans, un praticien recherché et écouté, ayant conservé, malgré les plus dures souffrances morales, toute sa lucidité, son calme, sa vive intelligence et son accueil aimable et bienveillant.

S'il était possible de caractériser le bon citoyen, le fils, le mari, le père de famille que fut le Dr Danner, il faudrait ajouter : qu'il a donné, toute sa vie, son activité, son intelligence, à l'humanité, à son pays, à sa famille, et qu'il a vécu en véritable stoïcien, laissant à tous ceux qui l'ont approché l'amertume des regrets, mais aussi la majesté du souvenir !

Une foule aussi nombreuse que recueillie et attristée accompagna le convoi funèbre du Dr Danner jusqu'au cimetière de la Sallé, où il a été inhumé ; des discours vibrants de cœur et d'émotion ont été prononcés sur sa tombe par MM. Wolff, au nom de l'Ecole de médecine ; Bourreau, au nom de l'Association médicale ; Meunier, au nom de ses anciens élèves, et Brétégnier, inspecteur d'Académie, discours que nous aurions voulu reproduire s'ils n'avaient pas déjà été publiés dans divers recueils, et notamment dans tous les journaux de la région. Le *Petit Indépendant radical* (janvier 1908) y a joint une phototypie qui reproduit fidèlement la figure aimable et les nobles traits de notre premier maître en médecine mentale.

Dr DOUTREBENTE.

QUARTIERS D'HOSPICE AFFECTÉS AUX ALIÉNÉS. — SURVEILLANCE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 13 janvier 1908.

*Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur,*  
à Messieurs les Préfets.

Les quartiers d'hospice affectés aux aliénés ont pris, en ces dernières années, une importance croissante ; dans la plupart des cas leur population est considérable, et ils constituent, en réalité, de véritables asiles publics d'aliénés, sans présenter, malheureusement, toutes les garanties que l'on peut trouver ou réaliser dans ces derniers.

Les hospices ont, en effet, un caractère communal ; ils

échappent au contrôle direct du Conseil général ; ils dépendent d'une Commission administrative qui peut être incitée, par un sentiment de particularisme local excessif, à tirer profit des aliénés, dont le département paie la pension, pour diminuer les charges du reste de l'établissement. Il n'est, malheureusement, pas exagéré de dire que trop souvent les aliénés sont considérés, dans le quartier d'hospice, moins comme des malades auxquels leur détresse donnerait droit à une affectueuse bienveillance, que comme des clients du département, sur lesquels on s'efforce de faire des bénéfices.

Il convient d'ajouter que les médecins du quartier des aliénés qui voudraient et qui devraient défendre les intérêts de leurs malades devant la Commission administrative de l'hospice, se trouvent dans une situation très fautive, puisqu'ils dépendent eux-mêmes de cette Commission dans une très large mesure.

Il ne faut point perdre de vue, cependant, que le service des aliénés est départemental, que le Conseil général en a la responsabilité morale. Le devoir de cette assemblée ne se borne pas à payer la pension, il est encore d'exercer sur ces déshérités une tutelle scrupuleuse, de les mettre à l'abri de certaines exploitations possibles, de veiller à ce que tous les soins nécessaires leur soient donnés.

Il faut donc que, par quelque moyen, le Conseil général fasse, en faveur des aliénés traités dans un quartier d'hospice, contrepoids à la Commission administrative. Pour atteindre ce but, dans l'état actuel de la législation, j'estime qu'il y a le plus grand intérêt à ce que, d'abord, vous attiriez de façon pressante l'attention de l'assemblée départementale sur cette grave et délicate question, et à ce que vous l'invitiez à constituer une Commission spéciale chargée de surveiller et, au besoin, de défendre les intérêts des aliénés placés dans un hospice.

Sans s'immiscer en quoi que ce soit dans toutes les parties de l'établissement où sont traités des malades ordinaires, cette Commission devra examiner de près, sur place, par des visites inopinées et nombreuses, par des entretiens avec les administrateurs et les médecins, tout ce qui concerne la situation matérielle et morale des aliénés dont le département a charge légale ; elle s'assurera si la nourriture est suffisante en quantité et en qualité, si le personnel médical correspond aux besoins du service, si le personnel infirmier et de gardiens offre toutes les garanties nécessaires ; elle présentera annuellement un rapport au Conseil général pour mettre cette assemblée au courant des constatations qu'elle aura faites et lui soumettra des conclusions. Je n'ai pas besoin de vous demander de prêter à cette Commission votre concours le plus dévoué.

Vous voudrez bien saisir de cette question le Conseil général,

dès sa première session ordinaire ou extraordinaire et me tenir informé des résolutions qu'il aura prises. Je ne doute pas qu'il ne veuille accomplir, intégralement, son devoir à l'égard des aliénés, en étendant sur ces malheureux la protection que je sollicite de son esprit de justice et d'humanité.

Pour le Président du Conseil,  
Ministre de l'Intérieur,

*Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,*  
MIRMAN.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN  
EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Le jeudi 5 mars 1908, à 2 heures précises, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine à Paris, et dans les conditions prescrites par le décret du 12 décembre 1907 dont le texte est reproduit *in extenso* dans le dernier numéro des *Annales* (p. 160), un concours pour une place de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés (1<sup>er</sup> Bureau), annexe de l'Hôtel-de-ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à midi, et de 2 à 5 heures, du lundi 20 janvier 1908 au jeudi 13 février 1908, inclusivement.

*Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir.*

— Sont admis à prendre part au concours : 1<sup>o</sup> les directeurs-médecins et médecins en chef des colonies d'aliénés de la Seine et des asiles publics de toute la France ; 2<sup>o</sup> les médecins-adjoints ayant subi avec succès le concours d'adjuvat, les chefs de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, ayant été, par décisions antérieures, assimilés aux médecins-adjoints reçus auxdits concours, à la condition qu'ils justifient de l'occupation effective pendant une période d'au moins deux années d'un poste, soit dans les colonies d'aliénés de la Seine, soit dans les asiles publics d'aliénés, et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans à la date de l'ouverture du concours.

Les candidats devront, pour être inscrits au Concours, produire les pièces suivantes :

1<sup>o</sup> Expédition d'acte de naissance ;

2<sup>o</sup> Certificat d'exercice prescrit par l'article 4 du décret du 12 décembre 1907. — (Ce certificat doit être délivré par le préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions.)

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront

demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (service des aliénés), sous pli cacheté, revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury, en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre de l'Intérieur recevront une convocation pour prendre part aux épreuves.

Le jury du concours est composé ainsi qu'il suit :

*Président* : M. le D<sup>r</sup> DROUINEAU, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

*Membres titulaires* : MM. les D<sup>rs</sup> JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine de Paris ;

BONNET, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ;

BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

CULLERRE, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

DUBUISSON (Max), médecin-directeur de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne) ;

RITTI, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

*Membres suppléants* : MM. SÉRIEUX, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, et BELLETRUD, médecin-directeur de l'asile de Pierrefeu (Var).

#### CONCOURS DE 1908 POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Ce concours, qui s'est ouvert le lundi 3 février, s'est terminé le mercredi 19 février. Ont été reconnus admissibles, par ordre de mérite, aux emplois de médecin-adjoint :

1° Pour les asiles publics, MM. :

1. DUCOSTÉ, interne des asiles de la Seine, et EUZIÈRES, chef de clinique de la Faculté de Montpellier, *ex æquo* ;
2. MAILLARD, interne des hôpitaux de Paris ;
3. DELMAS, interne des asiles de la Seine ;
4. CALMETTE, interne de l'asile de Bordeaux ;
5. GUIRAUD, interne de la Maison nationale de Charenton ;
6. NOUET, interne de l'asile de Blois ;
7. M<sup>lle</sup> PASCAL, interne des asiles de la Seine ;
8. COLLET, ancien interne des asiles de la Seine ;
9. LATREILLE, interne de l'asile de Bordeaux.

2° Pour les établissements privés ou les quartiers d'hospice affectés aux aliénés : MM. CONVERS, de la Faculté de Lyon, et CORCKET, de la Faculté de Paris.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

14. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 27 novembre 1907) :

Un marchand des quatre-saisons, Emile Moudrot, demeurant rue Bourgon, rentrait chez lui, hier soir, vers neuf heures.

Il gagna sa chambre à coucher. Dans le lit conjugal, M<sup>me</sup> Moudrot sommeillait paisiblement.

Il venait d'allumer la lampe quand, apercevant la dormeuse, il poussa un cri, s'élança vers elle, la réveilla brutalement, et lui cria :

— Que faites-vous là, madame ?

Son épouse, stupéfaite, ne sut que dire; et devant les yeux égarés de son mari s'effraya.

Celui-ci prit alors dans un coin de la pièce une barre de bois et, se précipitant sur celle qu'il ne reconnaissait plus pour sa femme, la menaça de la tuer si elle ne partait pas immédiatement.

M<sup>me</sup> Moudrot appela au secours. Les voisins se précipitèrent et maîtrisèrent le marchand des quatre-saisons qui était devenu subitement fou.

Le pauvre dément a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Simart, commissaire de police.

15. *Tentative d'homicide.* — Dans un accès de folie furieuse, Albert Schneeberger, trente-huit ans, demeurant 13, rue de l'Aqueduc, s'est précipité sur l'agent Abraham Meyer, de service au pont des Saints-Pères, et a tenté de le jeter à l'eau en criant : « A mort, Satan ! » Il a été conduit à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du vendredi 29 novembre 1907.)

16. *Tentative d'homicide et suicide.* — On télégraphie d'Alençon au *Temps* (numéro du jeudi 5 décembre 1907) :

Atteint de la monomanie de la persécution, un douanier en retraite, Aimable Laine, âgé de soixante-cinq ans, et demeurant à la Gartelle, près de la Chapelle-Moche, avait juré de se venger de l'humanité. Hier il s'armait d'un fusil, faisait feu sur un de ses voisins, Volclan, le blessait grièvement, puis se barricadait dans sa demeure, dont il faisait un nouveau fort Chabrol.

La gendarmerie de Domfront fit l'assaut de la maison; au moment où les gendarmes pénétraient à l'intérieur, le douanier se fit sauter la cervelle.

17. *Excentricités et actes de violence.* — Une jeune femme, enveloppée dans les plis tombants d'un drap de lit, et brandissant un christ de forte dimension, s'en allait hier après-midi, avenue d'Italie, en convoquant pour de généreuses expéditions tous les passants qu'elle rencontrait.

— Je suis la nouvelle Pucelle, criait-elle, les yeux extasiés ; suivez-moi, nous sauverons la France.

C'était une folle dont on ignore l'identité. Les badauds s'amassèrent vite, formant un joyeux et bruyant cortège.

Des agents accoururent au passage. Mais, en les apercevant, la pauvre démente devint furieuse; tenant à deux mains, comme une massue, son christ, elle s'élança sur eux en criant :

— Voilà les Anglais! Sus! Sus!... Boutons-les hors de France.

Il fallut engager avec elle une lutte terrible avant de la maîtriser; les gardiens de la paix qui, frappés avec la dernière violence, avaient le visage ensanglanté, réussirent enfin à la ligoter et à la conduire devant M. Pelatan, commissaire de police, qui l'a envoyée à l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du mardi 10 décembre 1907.)

18. *Suicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro du mardi 10 décembre 1907) :

En rentrant la nuit dernière, des locataires de l'immeuble situé 16, rue Demarquay, ont trouvé, étendue dans la cour, M<sup>me</sup> Cellier, âgée de trente-cinq ans, mère d'une fillette de dix ans, qui, au cours d'une crise aiguë de neurasthénie, s'était jetée par la fenêtre.

La malheureuse avait le crâne fracassé : elle succomba quelques instants plus tard.

M. Archer, commissaire de police du quartier Saint-Vincent-de-Paul, a procédé aux constatations d'usage.

19. *Infanticide et suicide*. — On télégraphie de Tonnerre (Yonne) au *Journal* (numéro du vendredi 13 décembre 1907) :

Une jeune femme de vingt-deux ans, M<sup>me</sup> Berthe Nolle, habitant Saint-Vinnemer, près de Tonnerre, s'est jetée dans le canal de Bourgogne avec son enfant, âgé de trois mois.

Quand on les a retirés de l'eau, ils avaient cessé de vivre.

La jeune femme était atteinte d'anémie cérébrale et de neurasthénie.

20. *Double tentative d'homicide et suicide*. — Une sanglante tragédie domestique s'est produite hier dans un pavillon situé 29, rue Cels, où habitent M. Forget, ingénieur, sa femme et ses trois enfants, un fils, Robert, âgé de dix-neuf ans, et deux filles, Georgette et Jeanne, âgées de seize et huit ans.

Il y a quelques jours, avant de partir en voyage, M. Forget avait déclaré à son fils, qui venait d'échouer à son baccalauréat, qu'il allait le placer comme pensionnaire au lycée Louis-le-Grand, afin qu'il fût plus assidu et plus surveillé.

Le jeune homme devait entrer au lycée dès le retour de son père. Après une scène violente avec sa mère à ce sujet, Robert, furieux de voir que tous les membres de sa famille étaient

d'accord contre lui, prit un couteau, pénétra dans la chambre de sa sœur Georgette, lui reprocha d'être la cause de la décision de son père, et, se jetant sur elle, la frappa à quatre reprises. Atteinte aux mains, à la jambe gauche et à la tempe, la malheureuse enfant poussa des cris désespérés.

M<sup>me</sup> Forget accourut. Robert Forget la frappa à son tour à la nuque, au sommet de la tête et au sein gauche; puis il essaya de se couper la gorge, et, après s'être blessé grièvement, il ouvrit la fenêtre et se jeta du premier étage dans la cour, où il se fractura le crâne. Quand on le releva, il avait cessé de vivre.

Les blessures de M<sup>me</sup> et de M<sup>lle</sup> Forget sont graves. On espère néanmoins les sauver.

L'auteur de cette sanglante tragédie ne jouissait pas de toutes ses facultés. Il a été, à différentes époques de sa vie, en proie à des crises nerveuses particulièrement violentes, dont on redoutait la réapparition.

M. Forget père a été prévenu par dépêche, et avec tous les ménagements possibles, du malheur qui venait de le frapper.

21. *Parricide*. — On télégraphie de Limoges au *Temps* (numéro du vendredi 20 décembre 1907) :

Au village de Puy-Jean, près de Rochechouart, une femme, âgée d'une quarantaine d'années, a tué son père en le frappant avec une bûche, dans un accès de folie.

La meurtrière a été arrêtée et écrouée à la prison de Rochechouart.

22. *Excentricités*. — Une grande dame, très connue dans la colonie américaine, où sa situation de fortune lui permettait de tenir un haut rang, M<sup>me</sup> P..., s'est livrée, hier soir, à une série d'excentricités qui ont nécessité l'intervention du commissaire de police.

M<sup>me</sup> P... avait frété une automobile qu'elle retint pendant une grande partie de la journée. Le soir, en quittant un élégant établissement de la place Vendôme, elle se rendit dans un certain nombre de restaurants dont l'accès lui fut interdit en raison de son état d'exaltation.

Ne pouvant être admise nulle part, la riche Américaine se fit apporter son repas dans l'auto. Mais ses nerfs ne s'apaisèrent pas, et, prise d'une crise plus violente, elle brisa les glaces de la voiture. Elle ouvrit enfin la portière et sauta sur la chaussée, mais si malheureusement qu'elle se blessa grièvement à une jambe en tombant.

M. Péchard, commissaire de police du quartier Gaillon, a fait diriger M<sup>me</sup> P... sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. Le neveu de l'Américaine et le consul des États-Unis s'emploient à son rapatriement. (*Le Journal*, numéro du samedi 21 décembre 1907.)



23. *Uxoricide et suicide*. — On télégraphie de Toulon au *Matin* (numéro du dimanche 22 décembre 1907) :

Dans le petit village d'Evenos, à la sortie des gorges d'Ollioules, une épouvantable tragédie s'est produite cet après-midi. Un cultivateur, Baptistin Tassy, qui, à plusieurs reprises, avait été interné à l'asile d'aliénés de Pierrefeu, a tué sa femme d'un coup de fusil et, rechargeant son arme, se fit sauter la cervelle.

Le drame s'est déroulé dans une coquette maison de campagne, en présence des deux enfants des époux Tassy, une jeune fille de dix-huit ans et un garçon de treize ans, qui assistèrent, impuissants, à la mort tragique de leurs parents.

24. *Uxoricide*. — On télégraphie de Cambrai au *Petit Temps* (numéro du mardi 31 décembre 1907) :

Un vieillard de soixante-dix-huit ans, François Devigne, habitant à Mazinghien, a, au cours d'une discussion, tué la femme Eléonore Binot, soixante-quinze ans, à coups de serpe et de fer à repasser. La victime a été trouvée peu après le crime par sa fille, baignant dans une mare de sang. Dans le couloir de la demeure, l'assassin, après s'être meurtri le visage contre le mur, s'était couché auprès de la victime. Devigne a été arrêté. L'assassin prétend avoir agi en cas de légitime défense, mais le malheureux ne jouit plus de toutes ses facultés mentales.

25. *Tentative d'uxoricide*. — On télégraphie de Fontainebleau au *Journal* (numéro du mercredi 1<sup>er</sup> janvier 1908) :

Un ancien entrepreneur de maçonnerie de Fontainebleau, M. Charles Renaudon, âgé de cinquante-neuf ans, devenu fou furieux, avait été interné au mois d'août dernier à l'asile de Clermont.

Il y a huit jours, sa famille fut prévenue qu'il était guéri. Elle alla le chercher malgré l'avis d'un médecin de Fontainebleau qui affirma que Renaudon était toujours dangereux. Après quelques jours de calme, l'ancien entrepreneur fut, ce matin à cinq heures, repris par sa folie et essaya de couper le cou à sa femme endormie. M. Renaudon va être de nouveau interné à Clermont.

Sa victime a été transportée à l'hôpital dans un état des plus graves.

26. *Incendies*. — L'été dernier une série d'incendies éclataient, à quelques jours d'intervalle, chez les cultivateurs du petit hameau de Grenonvillers, près de Rambouillet.

Les gendarmes soupçonnèrent tout d'abord des romanichels, campés non loin du village, d'être les auteurs de ces attentats criminels. On les expulsa donc et... les incendies continuèrent.

Les habitants désespéraient de voir jamais découvrir le cou-

pable, lorsqu'une jeune fille du pays, Louise Gehanin, âgée de seize ans, disparut subitement du domicile de ses parents le lendemain même d'un incendie qui détruisit leurs propres granges.

Cette fois l'enquête établit que l'incendiaire n'était autre que Louise Gehanin. Ceci se passait au mois d'octobre.

Depuis, et bien que le signalement de la fugitive ait été envoyé dans tout l'arrondissement, les recherches étaient restées sans résultat, quand, hier, la jeune fille fut découverte, à demi vêtue, dans la forêt de Rambouillet par deux gardes-chasse.

La malheureuse était d'une maigreur extrême. Depuis sa disparition, elle n'avait, en effet, vécu que de croûtes de pain ramassées dans les buttes des bûcherons et de racines.

Les gardes la conduisirent devant M. Lefranc, juge d'instruction à Rambouillet; mais Louise Gehanin, tout en reconnaissant être l'auteur des incendies qui avaient dévasté son village, ne put expliquer au magistrat le mobile qui l'avait fait agir.

Ce dernier, ayant constaté, en outre, au cours de l'interrogatoire qu'il lui fit subir, que l'inculpée ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés, a commis un médecin légiste pour l'examiner. (*Le Matin*, numéro du jeudi 2 janvier 1908.)

27. *Excentricités*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du jeudi 2 janvier 1908) :

Un individu, atteint d'une singulière démence, a été mis, hier, dans l'impossibilité de commettre de dangereuses excentricités.

Il rôdait autour des Halles et, par ses gambades folles, avait groupé autour de lui tout un peuple de gamins malicieux. Ce malheureux détraqué voyait des mouches partout et était parti en guerre contre les insectes imaginaires qui l'entouraient.

Tout à coup, il se précipita contre une devanture, les deux poings en avant. Les vitres se brisèrent avec fracas, et le fou, sanglant, les deux poignets profondément blessés, prit sa course, en poussant de lamentables hurlements.

Arrêté et conduit au commissariat du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois, l'homme, poursuivi toujours par la même hantise, effleura de sa main le visage des agents, caressa la moustache des inspecteurs et, sautant de table en table, franchissant la barrière de protection, bondit lestement dans la salle, sans souci de ses blessures, cherchant encore à se dégager de l'invisible essaim qui s'acharnait sur lui, affirmait-il.

Interrogé par le secrétaire de service, le pauvre fou s'en tint à cette déclaration un peu trop imprécise.

— Qui je suis ? Je suis Guignol, le chasseur de mouches.

Et ce fut tout. « Guignol », l'infortuné « Guignol » a pris, après pansement sommaire, le chemin de l'infirmerie spéciale du Dépôt.

28. *Menaces de mort.* — A l'arrivée d'un train venant de Marseille, hier, à la gare de Lyon, les voyageurs furent effrayés par un individu qui, les yeux hagards, les vêtements en désordre, un large couteau dans la main droite et un revolver dans la main gauche, faisait irruption sur les quais. Le forcené courait de-ci de-là, en poussant des cris inarticulés et en agitant ses armes d'un geste menaçant. Finalement, il put être maîtrisé par deux gardiens de la paix, assistés d'employés de la compagnie.

Ce malheureux, nous a dit M. Bordère, le commissaire spécial de police, est un nommé Jules S..., âgé de vingt-deux ans et demeurant à Ivry. Il a quitté sa famille il y a une quinzaine de jours, vivant au jour le jour et errant au hasard. C'est un fou dangereux. La nuit, notamment, il a, paraît-il, des crises d'une extrême violence.

Jules S... a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mercredi 8 janvier 1908.)

#### FAITS DIVERS

*Les suicides en Angleterre.* — Une intéressante statistique, récemment publiée, montre que le nombre des suicides s'accroît sensiblement en Angleterre. On en compte en moyenne dix par jour. Il y a vingt ans, on en comptait à peine cinq. Cette moyenne est bien inférieure, pourtant, à celle des États-Unis, où l'existence est si trépidante que beaucoup de gens n'ont point la patience d'attendre que la mort vienne les en délivrer.

Il est curieux de constater que les femmes, qui se suicident en général moitié moins que les hommes, choisissent les procédés les moins sanguinaires, les moins brutaux, comme le poison, l'asphyxie par l'eau ou le gaz. Les hommes ont plus souvent recours à la corde, au revolver. Lorsqu'une femme a décidé de se détruire, la première idée qui lui vient, et celle qu'elle exécute le plus souvent, c'est de se noyer ; l'homme, lui, aime mieux se pendre.

On peut constater aussi que le suicide qui consiste à se précipiter d'une hauteur dans le vide a très peu de succès en Angleterre ; les femmes y ont plutôt recours que les hommes ; par contre ceux-ci regagnent l'avantage quand il s'agit de se jeter sous les roues d'un omnibus, ou d'un train, ou d'un autobus. Il est vrai que ce dernier engin *suicide* un certain nombre de gens qui n'avaient aucune envie de s'en aller d'ici-bas. (*Le Temps*, numéro du mardi 7 janvier 1908.)

*La reconnaissance du malade.* — Le cocher Léonard, au service de M. de Baulny, a été soigné pour neurasthénie par le docteur Ménard, qui appela certain jour en consultation le professeur Raymond. Or, il y a quelque temps, MM. Ménard et Raymond étaient assignés devant le tribunal civil par le cocher Léonard, qui réclamait à chacun d'eux 25.000 francs de dommages-intérêts pour envoûtement.

« Ses actes, disait Léonard dans son assignation, lui étaient dictés par une influence occulte dont il ne pouvait se rendre maître... Il avait des hallucinations et des délires... On s'était livré sur lui à des pratiques qui avaient eu pour effet de l'impressionner au point de désorganiser totalement son système nerveux. »

Ce procès s'est plaidé hier. Le cocher Léonard a été débouté par la 1<sup>re</sup> chambre civile. (*Le Temps*, numéro du jeudi 30 janvier 1908.)

#### JUBILÉ DE M. MAGNAN

La médaille offerte à M. le D<sup>r</sup> Magnan, membre de l'Académie de médecine, à l'occasion de son Jubilé, lui sera remise le *dimanche 15 mars*, à dix heures du matin, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1.

La cérémonie sera présidée par M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut.

#### RENOUVELLEMENT DU BUREAU DE L'ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Par suite du décès de M. Christian, président, et de la démission de M. Doutrebente, vice-président, le comité de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France a, dans sa séance du 27 janvier 1908, procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus :

*Président* : M. MITIVIE, 19, rue de Bourgogne, à Paris ;

*Vice-Président* : M. RITTI, Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine) ;

*Secrétaire* : M. SEMELAIGNE, 16, avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine (Seine) ;

*Trésorier* : M. GIRAUD, 15, rue Louis-Malliot, Rouen (Seine-Inférieure).

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant* : ANT. RITTI.



# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

## Pathologie.

---

### ÉPILEPSIE ET DÉLIRE CHRONIQUE

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSYCHOSES COMBINÉES

Par le Dr Fr. MEEUS

Médecin de la colonie de Gheel.

---

Il est d'observation courante que des illusions et des hallucinations, des idées et des interprétations délirantes se rencontrent fréquemment chez les épileptiques, soit comme manifestations pré- ou post-convulsives, soit même comme phénomènes intermittents, entre les accès convulsifs, à titre d'équivalents psychiques.

A côté de ces manifestations psychotiques qui sont

plutôt incidentes, passagères, et portent toujours la marque indéniable de leur nature épileptique (éclosion et cessation brusques, inconscience absolue ou relative; etc.), quelques auteurs ont décrit la coexistence de l'épilepsie avec les psychoses franches ordinaires, notamment avec le délire chronique. « Ces individus, dit « Magnan (1), sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel, ou de manie, ou de mélancolie; ces deux « états restent indépendants; ils peuvent sans doute « s'influencer réciproquement, exercer l'un sur l'autre « une action passagère, mais d'une façon générale, « l'existence de l'un n'est nullement solidaire de « l'autre. » A la suite d'abus alcooliques chez ces mêmes individus, on pourrait même, d'après Magnan, se trouver à la fois devant trois états pathologiques : la folie épileptique, la folie simple (délire, manie ou mélancolie) et la folie alcoolique. Enfin, et toujours d'après le même auteur, la coexistence de deux psychoses chez le même individu serait due à une hérédité double, l'un des procréateurs transmettant l'épilepsie, l'autre la vésanie.

Bien que la coexistence de l'épilepsie et d'une psychose soit généralement admise comme une possibilité, les observations cliniques précises sont plutôt rares. Buchholz (2) a relaté cinq cas, de valeur démonstrative assez inégale, de coexistence de l'épilepsie avec le délire chronique. A l'encontre de Magnan, pour qui cette combinaison est plutôt l'effet du hasard, Buchholz croit que l'épilepsie constitue la cause prédispo-

---

(1) Magnan. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. *Archives de neurologie*, 1880-1881, t. I, p. 49.

(2) Buchholz (Halle). Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. *Habilitationsschrift*, 1895. Voir à propos de cette publication, les annotations de Gallus in *Centralblatt f. Nerv. und Psych.*, 1898, p. 21.

sante au délire : elle affaiblirait la résistance du cerveau et permettrait ainsi à une cause occasionnelle de provoquer l'éclosion du délire. Dans deux des cinq cas qu'il décrit, l'emprisonnement aurait été la cause occasionnelle.

Dans son *Traité de psychiatrie*, Kraepelin (1) note simplement la coexistence éventuelle de l'épilepsie et du délire chronique, mais il n'en donne aucune explication, et réfère au travail de Buchholz. Ziehen (2) pense que le délire se forme et s'organise d'éléments empruntés aux hallucinations et aux conceptions délirantes qui existent pendant les états crépusculaires du mal épileptique. Telle est aussi l'opinion de Gaupp (3), bien que ce dernier admette la possibilité d'exceptions. Dans son grand *Traité : Les épilepsies et les épileptiques*, Féré (4) se borne également à des généralités. Il prévient cependant qu'on est toujours trop porté à attribuer à l'épilepsie tous les troubles mentaux qui se présentent chez les épileptiques, alors que d'autres psychoses peuvent réellement coexister (p. 148) : *l'épilepsie coïncide souvent avec d'autres manifestations psychopathiques. Elle marche souvent de pair avec les vésanies, qui affectent le plus souvent le caractère mélancolique* (p. 237). Féré rappelle les combinaisons de l'épilepsie et du délire chronique décrites par Magnan (5), Pichon (6), Véjas (7) ; la combinaison de l'épilepsie et de la dipsomanie (Clouston)(8) comme celle

---

(1) Kraepelin, *Psychiatrie*, édition 1899, t. II, p. 473.

(2) Voir l'article de Gaupp, *Zur Frage der kombinierten Psychosen*, in *Centralblatt f. Nerv. und Psych.*, 1903, p. 766.

(3) Idem, *Ibidem*.

(4) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. Paris, 1890.

(5) *Loc. cit.*

(6) Pichon. *Les maladies de l'esprit*. Paris, 1888, p. 118.

(7) Clouston. *Clinical lectures on mental diseases*. 1887, 2<sup>e</sup> édit., pp. 222 et 100.

(8) Idem, *Ibidem*.

de l'épilepsie et de la mélancolie (mélancolie convulsive de Clouston) (1). Enfin il estime que des phénomènes spasmodiques peuvent survenir à titre épisodique dans la plupart des psychoses — notamment dans la stupeur — et que les manifestations impulsives des psychoses sont apparentées, par leur caractère brusque et inconscient, aux impulsions épileptiques. N'oublions pas que le *Traité de Féré* a été publié en 1890 — avant donc la notion actuelle de la démence précoce, où les impulsions sont si fréquentes et dans laquelle notamment des symptômes épileptiformes ne sont pas absolument rares (2); appuyées de ces faits, les dernières observations de Féré acquièrent une signification toute différente et assurément bien plus précise que celle que leur supposait cet auteur il y a quinze ans.

Le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet (3) et collaborateurs ne contient aucune mention relative à la possibilité de l'existence d'un délire chronique chez les épileptiques. J. Voisin (4) n'en parle pas davantage.

Nous avons dans notre service deux malades atteints en même temps de l'épilepsie et d'un délire chronique bien caractérisé.

En voici l'histoire :

---

(1) Clouston, *Ibidem*.

(2) Paul Masoin. *Observations sur les accès épileptiformes chez les déments précoces*. (Congrès de Bruxelles, 1903). — Idem (en anglais) dans *Journ. of nerv. and ment. diseases*. New-York, septembre 1905.

(3) Gilbert Ballet. *Traité de pathologie mentale*. Paris, 1903.

(4) J. Voisin. *L'épilepsie*. Paris, 1897.



OBSERVATION I. — Femme, épileptique depuis la seconde enfance ; délirante chronique depuis l'âge de quarante et un ans. Actuellement âgée de soixante-six ans, elle montre, à côté d'accès épileptiques, une association d'idées de grandeur et de persécution.

V... S..., Jeanne-Marie, numéro matricule 7888, est née le 12 mars 1840, « de parents à tous égards bien portants », dit son bulletin confidentiel.

Elle a reçu, avec profit, une bonne instruction primaire ; était d'un caractère calme et doux ; *n'a pas abusé de l'alcool*, et s'occupait activement comme dentellière.

D'après les renseignements donnés par le fils de la malade, sa mère aurait souffert de l'épilepsie depuis l'âge de treize ans ; mais elle prétend elle-même qu'elle est épileptique depuis sa huitième année.

Un incident sexuel a joué un grand rôle dans sa vie : Elle vivait avec sa mère, une veuve, dans la famille d'un sabotier marié. Celui-ci abusa de la malade et la rendit, à l'âge de vingt-neuf ans, mère d'un fils, qui vit encore, et qui, mal conformé et d'intelligence assez bornée, est domestique dans un hôpital. Après la naissance de ce fils (12 mars 1869), et surtout après la mort de sa mère (1879), elle mena une vie plutôt misérable. D'après le certificat de séquestration délivré par le médecin de son village (1882), depuis l'incident sexuel, elle avait honte de se montrer aux gens ; elle vivait retirée et gagnait misérablement sa vie en travaillant la dentelle, et d'autre part se préoccupait beaucoup de son fils. Au mois de novembre 1881, la folie aurait débuté par une loquacité extraordinaire, ou tout au moins ce symptôme aurait attiré le premier l'attention du voisinage. Le 8 décembre 1882, la malade fut envoyée à Gheel. Le médecin qui a signé le certificat de séquestration, atteste qu'on doit l'envoyer dans une maison de santé, parce qu'elle se croit persécutée par les bigotes ; elle prétend encore que le roi est son protecteur, que celui-ci l'appelle près de lui au palais, et qu'elle est sous la protection du gouvernement. Ce médecin ne parle pas *in expresso* d'accès convulsifs, mais — chose très importante — il inscrit au questionnaire du bulletin confidentiel de séquestration, en regard des mots : La personne est-elle atteinte d'autres infirmités ? « Oui, il y a *parfois* chez la malade de l'incontinence d'urine. »

Le délire, par ses manifestations bruyantes, a toujours occupé l'avant-scène et l'occupe encore maintenant, au point qu'il faut vivre journellement avec la malade, ou arriver au moment psychologique, pour déceler l'existence secrète de l'épilepsie : ainsi s'explique-t-on, vu surtout l'isolement où vivait la malade, l'ignorance du médecin. A Gheel, le nourricier s'en est bien aperçu, et sur la foi de ses dires, le médecin de section, M. le D<sup>r</sup> Cuisenaire, a annoté plus d'une fois dans l'histoire de la malade des accès convulsifs qu'il range sous le nom d'hystériformes jusqu'à preuves contraires : car il avoue, vu leur rareté, *ne pas les avoir constatés lui-même*. Son successeur en section, M. le D<sup>r</sup> Paul Masoin, fut plus heureux, et constata *de visu*, dès 1899, un accès convulsif nettement épileptique. Voici d'après les renseignements fournis par le nourricier, par le garde de section (infirmier en chef), et d'après les notes écrites alors par M. Paul Masoin, les caractères et l'allure des accès. Les accès sont diurnes ou plus souvent nocturnes, isolés ou en série de deux ou trois, jusque six ou sept attaques. La malade pressent l'accès, mais non toujours : « Je deviens alors tout drôle dans ma tête », me dit-elle. Parfois l'accès la surprend brusquement, et elle n'a pas le temps de se mettre au lit comme elle en a l'habitude : elle tombe où elle se trouve, et se blesse ainsi au front ou à la figure (1). Elle jette un seul cri initial, est en proie à des convulsions avec écume abondante à la bouche, et suivies de stertor et d'assoupissement. Elle reste une, deux, trois heures, parfois deux, trois jours après les accès en série, hébétée, désorientée; après, elle demeure quelques jours plus excitée, plus irritable. Ajoutons encore que bien souvent le seul indice pour la nourricière, d'une attaque *isolée* d'épilepsie, sont les *draps mouillés inconsciemment* par la malade qui, en temps ordinaire, est d'une rare propreté sur sa personne. En dehors des accès, notons comme stigmates épi-

---

(1) Depuis la première rédaction de cette étude, j'ai eu l'occasion de constater chez la malade une tache ecchymotique assez étendue sur le côté droit du menton, survenue à la suite d'un accès épileptique. A quelques jours de là, le nourricier est venu m'avertir de l'incidence d'une nouvelle attaque épileptique dont j'ai pu constater *de visu* la fin : la malade se trouvait dans son lit, hébétée, muette. Elle est restée ainsi une bonne partie de la journée dans un état crépusculaire voisin de la stupeur épileptique.

leptiques, son irritabilité extrême, ses sentiments religieux exagérés et son délire onirique plutôt *visuel*.

Je connais cette malade depuis juin 1905. Bien qu'âgée de soixante-six ans, elle est bien conservée, a l'air jeune, la toilette toujours bien en ordre et très propre. Dans son milieu ordinaire, elle est plutôt calme, prévenante, et rend de réels services au nourricier; en présence d'étrangers, du médecin, elle s'excite facilement. Comme l'a d'ailleurs noté M. Cuise-naire, elle est d'un abord difficile, se refuse à dévoiler son délire : *Vous le savez mieux que moi*, répond-elle volontiers, comme tous les délirants persécutés.

Elle se prétend ensorcelée par le démon depuis juin 1879. Elle montre sur la jambe une tache de naissance noirâtre : « Sa mère a été trompée par le diable, et elle est la fille du diable. » La nuit, elle *voit* les morts se lever; elle voit l'enfer et autres choses terribles; une des dernières nuits, le diable lui a dit qu'elle mourrait le 9 septembre prochain. Ces dernières manifestations constituent un délire nocturne ou purement onirique, et non vraiment hallucinatoire : pendant le jour, elle ne voit ou n'entend jamais rien. Le démon est aidé par les médecins de la colonie, et en général par toutes les autorités du village. C'est encore par les maléfices du diable qu'elle urine au lit et qu'elle tombe, comme elle dit, « en léthargie ».

A côté de ses idées de persécution à forme démoniaque existent, et même à un degré d'intensité plus marqué, des idées de grandeur : « Son péché de jeunesse lui a été pardonné depuis longtemps par Dieu et par le pape. » Elle-même d'ailleurs est pape, roi et reine; mais ces derniers titres n'ont pas pour elle la signification précise ordinaire : elle veut simplement signifier par là qu'elle est supérieure à tous, quels que soient les titres qu'ils portent : « Je ne veux pas, et je ne permets pas qu'on me surpasse », dit-elle bien souvent. Quand elle parle de son fils, elle ne le désigne jamais autrement que sous le nom de « mon Dieu ». Elle possède des palais et des richesses sans nombre et en promet à tous ceux qui appartiennent « au gouvernement », ainsi qu'au nourricier et au médecin, — mais à la condition expresse qu'on lui rende d'abord la liberté.

Comme tous les délirants persécutés, elle aime à s'isoler. Si elle ne trouve aucune occupation au ménage, elle monte à sa chambre et se met à prier avec grande ferveur et à haute voix dans un livre de prières assez volumineux qu'elle lit bien souvent jusqu'au bout. Elle est ainsi très pieuse, bien qu'elle n'ait

guère confiance dans les curés et qu'elle n'aille jamais à la messe. Comme distraction encore, elle se rend régulièrement tous les midis, vers 1 heure, à la gare, « pour causer, comme elle dit, avec la locomotive du train de marchandises » qui à cette heure fait des manœuvres, et siffle donc souvent. Cette locomotive lui apporte des nouvelles de son village et de « son Dieu ». Parfois, elle retourne à la gare à l'arrivée des trains de 5 heures du soir, et cela toujours dans le même but. Les facultés intellectuelles proprement dites de cette malade sont moins atteintes qu'on le supposerait au premier abord. La malade est d'abord parfaitement consciente des lieux et du temps, de sa situation et des rapports de dépendance que cette situation entraîne. Elle connaît et se rappelle très bien les différents médecins qui l'ont visitée, sait où ils se trouvent actuellement, connaît leurs femmes et leurs ménages. Elle est loin d'ignorer qu'elle est à Gheel; elle proteste contre sa collocation, elle n'est pas « aliénée », mais « ensorcelée »; aussi sa place n'est-elle pas à Gheel; c'est une injustice; il faut qu'on lui rende la liberté pour qu'elle aille chez le pape se faire exorciser. Sa mémoire est aussi remarquablement précise : elle se rappelle le jour et l'année où elle a été transférée à Gheel, les dates de son déplacement chez un autre nourricier, de la naissance de son fils, de la mort de sa mère, etc. Il existe chez elle de la débilité intellectuelle, mais pas de démence au sens habituel du mot.

Enfin, annotons encore l'histoire de la vie de la malade telle qu'elle la raconte elle-même; sauf les interprétations délirantes, sa relation paraît plutôt véridique. A l'âge de huit ans, elle aurait eu, pour la première fois, des accès épileptiques; de huit à dix-neuf ans, ces accès revenaient tous les mois. De dix-neuf à vingt-neuf ans, elle n'aurait eu que trois accès. Depuis l'âge de vingt-neuf ans, c'est-à-dire depuis la naissance de son fils, elle n'a plus que des accès de « léthargie » dus à « l'ensorcellement ». Elle avoue que sa mère et elle étaient de pauvres dentellières; mais depuis la naissance de son fils, de « son Dieu », elle est puissante et riche.

En somme, la malade présente donc, à côté d'accès épileptiques nets, un délire chronique des plus caractérisés. La pathogénie de son épilepsie nous échappe complètement; ses parents étaient bien portants; la

malade serait devenue convulsive dans la seconde enfance.

La pathogénie de son délire nous paraît plus claire. La malade vivait donc avec sa mère chez un sabotier, gagnant plutôt péniblement, mais toujours honnêtement sa vie. Vers l'âge de vingt-neuf ans, malheureusement, elle se laisse séduire par le sabotier, et en a un fils. Honteuse, elle s'isole ; très pieuse, — comme beaucoup d'épileptiques d'ailleurs, — elle croit avoir commis un péché grave : ne nous dit-elle pas plus tard, avec instance, que le Pape et Dieu lui-même lui ont pardonné ? On en parle au village, et Dieu sait ce que c'est que d'avoir une tache à sa robe ! Les bigotes s'en mêlent, comme partout, — bien naturellement. Sa mère la soutient encore et l'aide d'ailleurs à gagner la vie. Après la mort de sa mère, la malade reste seule avec son fils. Ainsi qu'elle le raconte elle-même, et comme le témoigne aussi son dossier, elle a besoin de secours pécuniaires, mais elle refuse bien souvent la bienveillance des personnes charitables. Seule avec son enfant qu'elle aime passionnément, — comme le constate le médecin de son village et comme l'attestent encore ses sentiments actuels d'amour maternel, — elle vivait péniblement loin des regards indiscrets des bigotes et des personnes malveillantes.

Après douze ans de misère et d'isolement, les voisins constatent enfin que la pauvrese déraisonne : elle accuse les bigotes de la poursuivre de leur malveillance, elle veut se placer sous la protection du gouvernement et implorer l'intervention royale. Son délire a-t-il encore évolué depuis, ou le certificat de collocation d'il y a vingt-cinq ans est-il incomplet ? Quoi qu'il en soit, elle n'accuse plus autant les bigotes, mais c'est le diable lui-même qui l'a ensorcelée : ce délire démoniaque rentre d'ailleurs aussi dans la sphère des préoccupations reli-

gienses où d'abord les bigotes jouaient leur rôle. A remarquer encore l'importance qu'elle attache à tout ce qui se rapporte à son fils : elle ne l'appelle jamais que « mon Dieu », et ne prétend-elle pas que depuis la naissance de « son Dieu » elle est riche et puissante ! Même depuis lors, ses accès convulsifs sont devenus de simples attaques de « léthargie », comme elle dit. Ici encore, on voit comment un sentiment naturel — l'amour maternel — devient excessif par l'isolement, au point de revêtir bientôt, comme tout le reste, une teinte délirante.

Le médecin qui l'a envoyée à Gheel (1882), et qui la connaissait en qualité de médecin des pauvres, attribue aussi son délire à l'action combinée de la honte, de l'isolement et de la misère. Négligeant pour le moment la question de la prédisposition originaire au délire chronique, nous pouvons affirmer que ces agents moraux sont des causes occasionnelles suffisantes pour déterminer l'éclosion d'un délire, et que dans un cas ordinaire nous pourrions nous dispenser de pénétrer plus avant dans sa pathogénie. Mais nous nous trouvons ici devant une combinaison du délire chronique avec une épilepsie bien antérieure, et il nous reste à examiner si cette dernière n'a pas eu, en l'occurrence, une influence adjuvante.

Ziehen, comme nous l'avons déjà dit, estime que le délire chronique s'organise chez l'épileptique avec les reliquats des conceptions délirantes qui existent dans les états crépusculaires. J'ai en ce moment dans mon service un épileptique qui, dans les états de mal comitial, refuse de manger pendant deux, trois, quatre jours : il voit des personnes menaçantes et s'imagine qu'on veut l'empoisonner. La répétition de ces hallucinations pourrait, d'après Ziehen, amener un délire chronique. Chez notre patiente, le délire dans son développement

n'a pas suivi la marche indiquée par Ziehen. Il n'existe chez elle aucune conception délirante comme phénomène pré- ou post-épileptique : aux jours immédiatement pré-, comme aussi immédiatement post-paroxystiques, la malade est simplement plus excitée que d'habitude. Le délire onirique qui existe chez elle et qui est peut-être quelque peu épileptique par la prédominance des phénomènes visuels (car elle voit des choses effrayantes), n'a pas eu une influence sensible et doit être considéré plutôt comme un phénomène concomitant. Lorsqu'on examine attentivement l'histoire de la malade, on s'aperçoit bien vite que son délire chronique n'est pas à base hallucinatoire, mais qu'au contraire il s'est alimenté d'interprétations délirantes variées, puisées dans le milieu réel où elle vivait, et cela suivant la pathogénie exposée plus haut.

Peut-on soutenir avec Buchholz que l'épilepsie, en débilitant le cerveau, ait ouvert la voie par où ultérieurement les préoccupations morales déprimantes, la honte, l'isolement et aussi la misère physique, ont introduit le délire? Il est évident qu'un délire chronique ne tombe pas des nues, que ce n'est pas un phénomène purement accidentel, et que l'individu atteint doit y avoir été prédisposé de l'une ou l'autre façon. Nous reviendrons plus loin encore sur cette hypothèse de Buchholz ; constatons pour le moment que rien ne nous permet de dire que dans le cas actuel les choses se soient passées ainsi.

Magnan croit que les psychoses combinées résultent d'une hérédité double : dans le cas actuel, l'une aurait donc produit l'épilepsie, l'autre le délire. Encore une fois, c'est une hypothèse assez heureuse, mais dont nous ne trouvons pas la vérification dans le cas actuel, les parents nous étant renseignés plutôt comme bien portants. D'ailleurs, toutes ces questions de prédisposition

héréditaire ou acquise sont mal connues. Si dans certains cas, comme dans les cas d'épilepsie, de folie maniaque dépressive, nous savons formellement que l'hérédité se transmet fréquemment avec des caractères homologues, nous sommes convaincu, d'autre part, que les parents anormaux ne transmettent le plus souvent à leur progéniture qu'une simple prédisposition générale à l'éclosion de troubles cérébro-spinaux variés et — du moins dans l'état de nos connaissances actuelles — nullement spécifiques. A cet égard, il reste encore à formuler une hypothèse plus large, à savoir que sur un fonds commun de prédisposition morbide se sont développés d'abord, et pour des causes inconnues, des accès épileptiques, et plus tard, par une coïncidence de misères physiques et morales assez extraordinaires, un délire chronique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses, *il reste acquis que chez une épileptique avérée, atteinte d'accès convulsifs depuis la seconde enfance, il s'est développé à l'âge mûr, et cela sous l'influence tangible de privations, de l'isolement et de la honte, un délire chronique nettement formulé.*

OBSERVATION II. — Homme marié, âgé de cinquante-six ans, séquestré à l'asile de Dordrecht (Néerlande) en 1886; épileptique et délirant chronique depuis au moins sa trente-sixième année.

G... L..., numéro matricule 13921. Né à Amsterdam le 2 novembre 1850. Antécédents familiaux et personnels inconnus. Appartient à l'église réformée; a reçu avec profit une bonne éducation primaire. Est tailleur d'habits; *n'a pas abusé de l'alcool* et eut toujours un tempérament hypocondriaque. Il s'est marié et a eu deux enfants, encore en vie.

Sa maladie a débuté, en 1886, par des hallucinations et du délire; envoyé d'abord à l'asile de Dordrecht, le sujet fut transféré deux ans après, soit 1888, à l'asile de Endegeest, près de



Leyden. De là il fut transféré à la colonie de Gheel en 1904.

Voici le certificat de transfert à la colonie de Gheel (1904) : « Paranoïa. Depuis de longues années, est atteint d'idées de persécution et de grandeur dont il a formé un système délirant au moyen d'interprétations délirantes (*Verklarings waanideën*) ; il est atteint aussi d'hallucinations de la vue, *et est de temps à autre sujet à des attaques épileptiques.* »

Voici le résumé des observations faites sur le malade pendant son séjour préalable à l'infirmerie de la colonie (1904). (Service de M. le Dr Peeters, médecin-directeur.)

« A le maintien droit, l'air grave, les traits mobiles, les yeux vifs, les mouvements faciles. Répond directement aux questions concernant son état, s'exprime bien, avec netteté ; nous apprend qu'il est prophète, que le nom qu'il porte n'est pas son vrai nom, qu'il est un enfant substitué, qu'il a droit à la couronne. Le Gouvernement le sait bien ; aussi a-t-on tout fait pour lui rendre la vie amère : on l'a fait enfermer, on a voulu l'empoisonner. Délire très actif ; il espère que tout se terminera bien ; il devra rentrer en Hollande au mois de juin : peut-être le tourmentera-t-on encore, mais il finira par prendre la place à laquelle il a droit. Des idées érotiques se mêlent parfois aux autres manifestations délirantes ; reste calme, convenable, en exposant tout ce qu'il a souffert. Existe-t-il encore des hallucinations ? »

Placé en section, il est arrivé dans mon service dans le courant de juin 1905. Petit homme aux cheveux tout blancs, à l'extérieur grave et pensif ; pas de signes frappants de dégénérescence. Aime plutôt la solitude ; se promène beaucoup seul à la campagne ; s'occupe de moins en moins de couture.

En moyenne, il a un accès épileptique par semaine ; parfois les accès retardent de quinze jours, même d'un mois. Ces accès sont diurnes et plus souvent encore nocturnes. Ils sont précédés d'une aura sous forme de crampes dans les jambes, surtout aux talons : nous en parlerons encore plus loin. Après l'accès, le malade reste quelques heures, deux, trois jours dans un état crépusculaire simple. Comme chez la malade précédente, *ces accès intercurrents ne cachent que passagèrement les conceptions délirantes habituelles du patient.*

Celles-ci sont très actives et le malade s'en ouvre aisément : Il est prophète de naissance et saint depuis trente ans. Il appartient à la famille royale de Hollande et a été élevé dans une famille étrangère et sous un faux nom. Tailleur depuis long-

temps, c'est pendant son séjour à l'asile de Dordrecht qu'il a appris par des voix extraordinaires à quelle illustre famille il appartient. Il a vu un jour un homme écrire sur une glace cette extraordinaire révélation. Il est difficile de savoir ici s'il s'est agi d'une hallucination ou d'une simple interprétation délirante : les explications du malade sont très confuses à cet égard. Enfin son vrai nom ne sera divulgué que le jour où il montera sur le trône des Pays-Bas et où il épousera la reine Wilhelmine.

Les idées de persécution, très nettes aussi, revêtent une teinte hypocondriaque. Grâce au méchant concours du Gouvernement et du médecin, sa femme a pu mêler autrefois du poison dans ses aliments. Il avait bien remarqué un goût particulier, mais il n'avait eu aucune arrière-pensée. L'intention criminelle ne lui a été révélée que plus tard, à la même occasion et par le même « quelqu'un » qui lui révélait son illustre naissance. Ce poison a rendu complètement exsangue une veine qui descend de derrière l'oreille droite vers la jambe droite et de là à la jambe gauche ; lorsqu'il fait froid, cette veine exsangue se contracte douloureusement. La douleur peut même descendre jusque dans la jambe droite, et quand elle arrive dans la jambe gauche, il tombe convulsé. On a rendu cette veine exsangue pour pouvoir mieux l'embaumer plus tard : car il sait que c'est l'habitude d'embaumer les illustres personnages, et que pour cette opération on injecte un liquide spécial dans les veines. Par cette même exsanguinité, on a voulu lui enlever l'appétit sexuel pour qu'il conserve ses forces en vue de son mariage avec la reine. Enfin, dans tout son corps il a un sentiment de lassitude, de faiblesse ; ses jambes se sont amaigries, la poitrine est devenue plus étroite ; le ventre, au contraire, s'est développé.

L'auteur de toutes ces souffrances est la loi, le Gouvernement. Depuis que Jésus-Christ a été outragé et crucifié injustement, la loi veut que le prophète de chaque pays soit torturé comme une victime expiatoire. Lui aussi doit passer par là : il fut envoyé dans un asile d'aliénés *pour souffrir d'abord et triompher ensuite*. Mais il proteste violemment contre ces rigueurs de la loi. Ce n'est pas lui qui a crucifié le Christ ! *Pourquoi l'a-t-on laissé souffrir si longtemps avant de l'avertir de sa haute destinée ? Pourquoi lui enlever son sang déjà pendant la vie pour l'embaumer après sa mort ? Quel profit y a-t-il à conserver le corps inerte : l'âme est sainte, le corps n'est que poussière !* Le malade est de caractère ombrageux et irritable. Tout lui est prétexte à interprétations malveillantes à son égard. Il en

veut tantôt à la nourricière, tantôt à la servante, et cela pour des futilités : un regard, une parole indifférente, un meuble déplacé, etc. S'étant contusionné le pouce lors d'une chute épileptique, il s'était développé une arthrite traumatique : c'était encore là un arrêt de la loi. Ne recevant pas de réponse à une lettre écrite à son frère, il en conclut immédiatement que son frère n'est plus en Hollande : « Il me semble l'avoir vu ici, à Gheel », ajoute-t-il. Quelques instants après, il exprime la conviction absolue que son frère est à Gheel, comme d'ailleurs toute sa famille, pour assister aux grands événements qui se préparent.

Il semble bien qu'il ait de temps en temps des hallucinations : il voit son père, sa mère, ses connaissances défiler devant ses yeux, à la suite les uns des autres, grâce à un système de « miroirs combinés ». Au surplus, ses souvenirs sont exacts : il sait le jour et l'année de son envoi à l'asile de Dordrecht, la date de son transfert à celui d'Endegeest et à Gheel, etc. Il lit de temps à autre dans un livre et écrit très convenablement des lettres. Sa sensibilité morale est assez émoussée. Au restant, l'orientation de lieux, de temps et de personnes est bonne. Pas plus que chez la malade précédente, *il n'y a aucune incohérence ni dans son langage ni dans ses écrits.*

En résumé, chez un épileptique avéré, nous constatons un délire nettement chronique qui paraît bien avoir parcouru les stades ordinaires de cette psychose : idées de persécution d'abord, idées de grandeur ensuite. Le malade exprime clairement cette marche et cette évolution par ce cri du cœur qui résume sa vie : *Pourquoi m'a-t-on laissé souffrir si longtemps avant de m'avertir de ma haute destinée ?*

Si la marche du délire nous est connue, son origine reste problématique, surtout dans ses rapports éventuels avec les accès épileptiques. L'épilepsie est-elle antérieure au délire, s'est-elle manifestée en même temps que lui, ou est-elle postérieure (1) ? Nous n'en

---

(1) Le malade prétend formellement que l'épilepsie a débuté lors de son séjour à l'asile, il y a dix ans (donc à l'âge de quarante-six ans). Je n'ai trouvé à cet égard aucune mention spéciale dans le dossier délivré par le médecin hollandais ; celui-ci note

savons rien. Toutefois, par les illusions et par les hallucinations visuelles, par l'aura des crampes dans les jambes que le malade interprète si singulièrement, par le malaise général si habituel chez les épileptiques et que le malade fait rentrer dans ses conceptions hypocondriaques, on pourrait songer à appliquer ici la pathogénie du délire épileptique, telle que l'expose Ziehen. Mais il est imprudent de vouloir appliquer ainsi *a posteriori* des théories aussi générales que celle de Ziehen. Comme nous le dirons tantôt, il n'y a rien d'étonnant à ce que les manifestations épileptiques rentrent aussi intimement dans le corps du système délirant : l'épilepsie n'a pas guidé le délire, mais c'est le délire qui interprète d'une façon spéciale et s'assimile intimement les manifestations banales de l'épilepsie. Si réellement le délire chronique se forme chez l'épileptique à l'aide des conceptions délirantes qui surviennent dans les états crépusculaires, on peut s'étonner à bon droit que le délire chronique ne soit pas plus fréquent chez les épileptiques, chez qui, en général, les hallucinations et les délires fugaces abondent comme phénomènes pré- ou postconvulsifs. La même critique s'applique aux idées de Buchholz : si l'épilepsie prépare réellement le terrain à l'action pathogène de facteurs occasionnels qui déterminent l'explosion du délire, encore une fois est-il bien étonnant que parmi les débiles épileptiques qui se

---

simplement la coexistence des deux affections. J'ai voulu demander des renseignements à la famille, mais mes lettres ne sont pas parvenues à destination. Si les affirmations très nettes du malade sont l'expression de la vérité, son cas n'en devient que plus intéressant : car ainsi serait démontrée péremptoirement l'erreur des théories pathogéniques de Buchholz et de Ziehen. Mais je ne veux pas en faire état, parce que le malade a une tendance trop marquée à ramener son mal épileptique, ainsi que tous les événements antérieurs de sa vie, dans le cercle des idées délirantes qui n'existent que depuis 1886 (interprétations rétrospectives).

comptent par milliers, il se rencontre si rarement des délirants chroniques (1)?

Est-ce à dire, en fin de compte, que ces deux affections coexistant chez le même individu, ne s'influencent pas réciproquement? Certes non. Il serait d'abord surprenant que le délirant chronique qui donne une signification démesurée, malade, extraordinaire aux moindres incidents de sa vie, n'interprêtât pas dans un sens particulier les différents troubles qui perturbent tout son organisme lors des accès épileptiques. Les sensations pré-ou postépileptiques, les crampes prémonitoires dans les jambes (obs. II), l'incontinence d'urine pendant l'accès (obs. I), comme en général la maladie épileptique en elle-même, sont attribuées par nos deux malades aux manigances de leurs persécuteurs : leurs inquiétudes et leurs délires peuvent s'en augmenter d'autant. Ajoutons-y que les accès épileptiques amènent généralement à la longue des troubles dans le tempérament et de la faiblesse dans l'intelligence : aussi suis-je tout disposé à mettre à la charge de l'épilepsie la teinte religieuse du délire démoniaque, le caractère irritable, le fonds de

---

(1) J'ai observé chez un imbécile épileptique un singulier cas d'interprétation délirante très limitée. Ce malade a une horreur et une haine absolument spécialisées envers les mouches. En hiver, il les poursuit et les tue; mais comme en été elles sont trop nombreuses, de guerre lasse, il bourre ses oreilles d'objets hétéroclites, et va se cacher dans des endroits obscurs où ne viennent pas les mouches : dans la grange, dans la haie, etc. Ce malade présente ainsi une zoophobie d'origine probablement pseudo-hallucinatoire. Il est en effet dur d'oreille, et est atteint objectivement d'une sclérose chronique du tympan. Je pense que le malade extériorise simplement les bourdonnements ennuyeux que lui cause son tympan malade, et les rapporte aux mouches. J'ai observé un fait analogue chez un imbécile-idiot, sourd et atteint de sclérose du tympan, et qui prétendait toujours que des vers grouillaient dans son oreille. Tout affaiblissement mental peut conduire à des conceptions fausses, voire délirantes : mais entre celles-ci et le délire systématisé progressif ou paranoïa, il y a un abîme.

sous-excitation de la malade n° 1. Certains aspects plutôt dementiels du délire chez mes deux malades doivent, à mon avis, être rapportés aussi à leur débilité mentale épileptique. Leur délire, en effet, n'est pas un délire de démence paranoïde : il s'en distingue par l'absence ou tout au moins par l'importance toute secondaire des hallucinations, par l'absence de symptômes catatoniques, de néologismes, et de toute incohérence. Il se rapproche, au contraire, très intimement du délire à base d'interprétations délirantes de Séglas, de la paranoïa (type Kraepelin), où habituellement la démence fait défaut.

Inversement, le délire chronique influence-t-il la maladie épileptique de nos deux malades ? Sur la fréquence et l'intensité des accès, son influence est apparemment nulle : les accès sont rares, il est vrai, chez les deux malades, mais, tout au moins pour l'observation I, nous savons positivement qu'ils ont toujours été tels. Il n'est pas impossible cependant que les préoccupations délirantes habituelles du malade n'introduisent une teinte particulière aux manifestations *psychotiques* de l'épilepsie. Ainsi, dans l'observation II, par le « jeu des miroirs combinés », le malade voit ses parents réels et ses amis. Il est convaincu d'ailleurs que pour le grand jour de son couronnement prochain, toute sa famille sera ici réunie. Quand je lui dis que la lettre envoyée à son frère m'est revenue avec mention « inconnu à D... », il ne s'en étonne pas beaucoup, et conclut immédiatement que son frère n'est plus en Hollande, et qu'il lui a semblé l'avoir vu ici. On peut prévoir que, lorsque dans quelque temps le sujet sera de nouveau en puissance de mal épileptique, ses hallucinations lui montreront aussi son frère.

Bref, nous croyons que les deux affections coexistant chez nos deux malades s'influencent réciproquement et

modifient dans certains *détails* leur aspect habituel, sans aggraver cependant à un degré marqué leur évolution respective ; nos deux malades, bien que déjà d'un certain âge, peuvent en remonter sans aucun doute à beaucoup d'épileptiques et à nombre de délirants chroniques.

Après avoir ainsi minutieusement analysé la psychologie de ces deux malades, nous arrivons à cette conclusion qu'il n'y a chez eux entre le développement de l'épilepsie et celui du délire chronique, qu'une coïncidence accidentelle. Pourquoi l'épileptique ne pourrait-il pas devenir délirant chronique comme tout autre sujet — et, inversement, pourquoi un délirant chronique ne pourrait-il, à son tour, être atteint d'épilepsie (1)? Toutefois, lorsque nous disons qu'il s'agit ici d'une coïncidence de caractère accidentel, nous ne voulons pas signifier par là que c'est une chose absolument fortuite : cette coexistence est le résultat de facteurs qui nous sont encore inconnus. En attendant que l'anatomie pathologique nous éclaire à son tour, nous devons nous borner à l'étude clinique des symptômes et de la marche de ces deux affections coexistantes.

A première vue, et après d'aussi longues considérations critiques, cette conclusion paraît plutôt maigre de conséquences pratiques : en fait, cependant, elle possède une importance doctrinale très précieuse, si nous appliquons ces données, si longuement motivées, à la théorie des psychoses combinées.

Krafft-Ebing (2) aurait été le premier à s'occuper

---

(1) Chez un de mes malades, le nommé R... G..., numéro matricule 11973, atteint de délire chronique, il s'est développé, à l'âge de 60 ans, des accès épileptiformes. Comme le malade est mort six mois après, au milieu de symptômes cérébraux confus (hémorragie sous-méningée ?), j'en note simplement le fait, sans en tirer aucune conclusion.

(2) Krafft-Ebing, *Psychiatrie*. Stuttgart, 1888, t. III. Voir aussi l'article de Gaupp, *loc. cit.*

explicitement des cas de *folies combinées*. Il entend par là, soit le développement d'une psychose sur un fonds préexistant d'imbécillité, de folie morale ou de débilité mentale acquise, soit, et surtout, la combinaison de deux psychoses qui évoluent côte à côte chez le même sujet, tout en gardant cependant leur individualité propre.

Cette définition de Krafft-Ebing est sans doute la meilleure de toutes celles qui ont été proposées ; mais ses applications varient d'un psychiatre à l'autre, suivant la classification ou, mieux encore, suivant la conception que chacun se fait des psychoses. Les uns, s'attachant surtout aux symptômes actuels, s'acharnent à les analyser dans leur forme abstraite, c'est-à-dire sans tenir compte de l'évolution des formes morbides, dans ce que celles-ci ont de général ; les autres, se détachant plus volontiers de toute cette symptomatologie passagère, bien que bruyante, regardent toutes ces manifestations de plus haut, étudient leur marche générale, et les signes spéciaux, psychologiquement même peu apparents, mais qui permettent de prévoir l'évolution ultérieure de l'état psycho-pathologique actuel. Pour les premiers, les images morbides sont mobiles, variables, complexes ; pour les autres, elles sont fixes, quasi immuables en elles-mêmes. Ces tendances nettement opposées sont représentées en Allemagne, les premières par Wernicke et Ziehen, les secondes par Kraepelin et ses élèves Aschaffenburg, Gaupp, etc.

Dans son Traité de psychiatrie, Ziehen (1) parle de la juxtaposition possible d'une psychose acquise et d'une débilité mentale congénitale, et consacre tout un chapitre à ce qu'il appelle les *zusammengesetzte Psychosen* (psychoses composées). A l'encontre des psychoses

---

(1) Th. Ziehen. *Psychiatrie*. Leipzig, 1902, p. 542.



*simples*, telles la manie, la mélancolie, la stupidité, la paranoïa, qui évoluent sous une forme morbide unique, les folies *composées* consistent en une succession de formes mentales différentes. Ces folies composées peuvent être *périodiques* (telles la manie et la mélancolie périodiques, la folie circulaire, la paranoïa périodique, la paranoïa circulaire) ou *non périodiques* (telles la catatonie type Kalhbaum, la paranoïa hallucinatoire secondaire à une paranoïa aiguë, la stupidité postmanique ou postmélancolique, la paranoïa hypocondriaque postmélancolique, etc.).

Wernicke (1) estime que les psychoses complexes sont plus fréquentes que les psychoses simples. Entre les diverses psychoses il existe bien souvent des formes transitoires ; et celles-ci à leur tour peuvent se mélanger intimement au point que seule une analyse méticuleuse permet de rapporter à chacune sa part d'intervention (*gemischten Psychosen*, folies hybrides).

Enfin il admet encore les *zusammengesetzte Psychosen*, dont la catatonie de Kalhbaum est le prototype. Le diagnostic de toutes ces formes, déjà difficile en lui-même, est rendu plus confus encore par les conceptions psycho-symptomatologiques particulièrement précieuses de l'auteur (2).

(1) Wernicke. *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig, 1900, p. 459.

(2) Pendant la rédaction de cette étude, Wladimir Serbsky a publié dans les *Annales médico-psychologiques* (mai-juin 1906) une *Contribution à l'étude des formes mixtes*, appelées encore *vésanies* par l'Association des psychiatres et des neurologistes de Moscou. L'auteur entend par là les folies hybrides qui résultent de la combinaison ou plutôt du mélange de diverses formes morbides simples. Il donne une courte description de la vésanie mélancolique, de la vésanie hallucinatoire, de la vésanie névralgique, de la vésanie maniaque. Exemple : *la vésanie mélancolique se caractérise principalement par la combinaison de phénomènes mélancoliques et de la paranoïa auxquels s'associe parfois un élément de confusion mentale*. Ces considérations de Serbsky se rapprochent beaucoup des théories de Wernicke, mais cadrent

A l'encontre de ces classifications analytiques se dressent les synthèses hardies et momentanément triomphantes de Kraepelin. Délaissant les voies purement symptomatologiques et s'attachant à l'étude de l'évolution des affections mentales, il réunit, pour ne citer qu'un exemple, dans une même conception morbide ces états considérés jusqu'ici comme primordiaux et irréductibles, à savoir la manie et la mélancolie et leurs nombreuses variantes : folies circulaires, folies périodiques, etc. Considérant les faits de cette manière, il est évident qu'une foule de variations d'état mental peuvent survenir dans l'évolution de la folie chez un individu donné, et sans qu'on puisse pour cela parler de psychoses composées, combinées, hybrides ou autres. Il était donc intéressant de rechercher ce qu'il reste de la théorie des psychoses combinées pour qui admet les hypothèses intégrales de Kraepelin. C'est ce qui a été fait, avec son autorité habituelle, par Gaupp, qui réduit — ainsi qu'on pouvait le prévoir — à des cas très restreints l'existence des psychoses combinées. Voici la conclusion de son étude (1).

« Nous pouvons parler de psychoses combinées *quand à des anomalies congénitales s'ajoutent des psychoses acquises* (par exemple imbecillité et folie maniaque dépressive), *ou encore quand une affection mentale se complique de lésions cérébrales accidentelles qui changent*

---

très peu avec les conceptions diagnostiques de plus en plus précises de la psychiatrie moderne. N'augmentons pas la confusion dans les classifications déjà si embrouillées des affections mentales, en spécifiant trop scrupuleusement des variations psychologiques qui ne changent rien à la marche générale de l'affection et qui dépendent soit du tempérament habituel, soit de la résistance cérébrale de chaque malade. Le terme *vésanie* a, de longue date, une signification précise, et à cet égard encore la variante créée de toute pièce par les médecins de Moscou, est plutôt regrettable.

(1) Gaupp. *Zur Frage der kombinierten psychosen* (loc. cit.).

*son aspect clinique* (intoxication alcoolique, artériosclérose, atrophie corticale sénile). »

L'étude des psychoses combinées a fait l'objet d'un article récent de Erwin Stransky (Vienne) (1). Tout en adoptant dans les grandes lignes les théories de Kraepelin quant à l'importance des caractères évolutifs dans la classification des psychoses, il s'en écarte néanmoins en plus d'un point, notamment sur la question des démences secondaires.

D'après ce dernier auteur, il faut entendre par psychoses combinées des *folies cliniquement distinctes et non pas simplement des états psychopathiques variés, qui, tout en gardant chacune sa marche propre et individuelle, ou bien évoluent côte à côte (folies combinées simultanées), ou bien se succèdent (folies successives)*. Toutefois cette définition générale comporte pratiquement quelques explications qui en réduisent considérablement la signification. Ainsi, Stransky rejette toutes les modalités possibles des psychoses combinées proposées par Gaupp : la coexistence d'une folie acquise et d'une anomalie congénitale n'est pas — à son avis — une psychose combinée, vu que la presque totalité des folies ont une base congénitale ; les complexes séméiologiques divers qui peuvent naître sur un fonds de folie préexistante sous l'influence de l'alcool, de l'artériosclérose, de la sénilité, ne constituent pas davantage des psychoses combinées : ce sont là manifestations accessoires et banales ; enfin les diverses modalités cliniques de l'intoxication alcoolique qu'on peut observer chez un même individu, ne sont pas davantage des « psychoses combinées », vu leur pathogénie commune.

Stransky ne voudrait réserver le nom de psychose

---

(1) Erwin Stransky. *Zur Lehre der kombinierten Psychosen*, in *Allgem. Zeitschrift für Psych.*, 1906, t. LXIII, p. 73.

combinée qu'à la rencontre *simultanée* ou *successive*, chez le même individu, de psychoses *qui n'ont aucun lien originaire entre elles, qui sont antagonistes, ou tout au moins indifférentes l'une à l'autre* : telle, par exemple, serait la combinaison d'une folie maniaque dépressive ou d'une vraie paranoïa avec la folie paralytique, la première des deux maladies étant essentiellement héréditaire (dégénérative), la deuxième étant essentiellement acquise. Telle encore serait la combinaison de l'épilepsie avec la mélancolie, l'incidence d'une confusion mentale dans l'évolution d'un délire chronique, la combinaison de la paranoïa avec la folie circulaire ; il admet même la possibilité d'une folie combinée dans la démence précoce sous forme de troubles circulaires à teinte paranoïde.

A côté de ces folies combinées simultanées, Stransky admet aussi des psychoses combinées *successives* qui rappellent quelque peu les psychoses composées de Ziehen : ainsi une épilepsie, une folie circulaire pourraient être suivies d'une folie paralytique ; au moment où les deux psychoses s'échangent, il pourrait même y avoir un mélange (*Mischzustand*), folie hybride (*Magnan*) ; *gemischte Psychose* (*Wernicke*) : ainsi, à la paralysie générale peut s'adjoindre un état d'amentia, de confusion.

Ces idées de Stransky se rattachent sans aucun doute aux conceptions essentiellement théoriques de Ferenczi (1). A la suite de Moebius, cet auteur divise les folies en *endo-* et en *exogènes*. Les folies combinées peuvent naître d'une juxtaposition de folies homogènes, soit endogène et endogène, soit exogène et exogène (par exemple, hystérie et paranoïa, paralysie générale et

---

(1) Ferenczi, original en hongrois. Voir le résumé in *Neurolog. Centralblatt*, 1902, p. 865.

folie alcoolique), ou bien d'une juxtaposition de folies hétérogènes, l'une endogène, l'autre exogène (par exemple, paranoïa et folie paralytique). Dans le premier cas, il s'agit de la combinaison d'une anomalie avec une autre anomalie, ou d'une maladie avec une autre maladie ; dans le second, de la combinaison d'une anomalie avec une maladie. Mais ces considérations de Stransky et surtout de Ferenczi s'inspirent trop de la pathogénie et de la nature intime, toujours très hypothétiques, des affections mentales ; en réalité, nous ne savons rien de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des psychoses, de leur attraction ou de leur répulsion réciproques : ce sont des mots, ou tout au plus des spéculations plus ou moins captieuses de l'esprit imaginaire de certains auteurs. Même les théories, si générales et si bien fondées, de la dégénérescence ou mieux de l'hérédité, varient dans leurs applications d'un auteur à l'autre, souvent même de façon contradictoire. Ainsi la démence précoce ou juvénile, affection essentiellement dégénérative d'après les théories de l'école Morel-Magnan, est une psychose plutôt acquise selon Kraepelin. D'après Magnan, les dégénérés seraient incapables de fournir un beau délire systématisé, et précisément le délire le plus systématisé, la vraie paranoïa serait, d'après Kraepelin, de nature essentiellement héréditaire. N'a-t-on pas vu dans ces dernières années des auteurs compétents (Joffroy, Näcke, Vallon, Rogues de Fursac, etc.) réclamer une base héréditaire ou dégénérative à l'éclosion de la folie paralytique ? Les combinaisons éventuelles proposées par Stransky, ainsi que les deux exemples personnels de folie combinée qu'il décrit (confusion mentale dans le courant d'une paranoïa, catatonie succédant à un état maniaque dépressif), prouvent péremptoirement d'ailleurs que l'auteur lui-même ne maintient pas en pratique l'application de ses théories prémonitoires.

Ces considérations permettront de juger combien, même parmi les auteurs les plus récents, la question apparemment accessoire des psychoses combinées soulève de problèmes de doctrine encore insolubles et combien les avis varient forcément avec les convictions psychiatriques des divers auteurs (1). A mon avis, il faut examiner cette question des psychoses combinées à la lumière de la pathologie générale, comme aussi il faut restreindre sa signification aux seules psychoses vraiment combinées, c'est-à-dire à celles qui évoluent côte à côte.

A l'encontre peut-être de certains partisans trop fervents des théories de Kraepelin, je ne vois aucune impossibilité théorique à ce que chez le même individu, dans le même cerveau, des psychoses cliniquement différentes se succéderaient à intervalles nuls ou plus ou moins grands. Nous constatons cela journellement pour d'autres organes : ainsi, une personne atteinte de bronchite à seize ans, peut devenir pneumonique ou pleurétique à trente, et finir par la tuberculose à quarante. Pourquoi un individu atteint de folie maniaque dépressive, de confusion mentale à vingt ans, ne pourrait-il pas devenir paralytique général, soit immédiatement, soit quelques années après ? Ce sont là, il est vrai, des psychoses *successives*, et non véritablement combinées, c'est-à-dire juxtaposées, ou coexistant dans le même cerveau et au même moment.

A tous égards, la définition des psychoses combinées donnée par Krafft-Ebing reste, dans ses grandes lignes,

---

(1) Pendant l'impression du présent mémoire a paru encore une nouvelle étude : *Ueber kombinierte Psychosen*, du Dr Geist, dans *Allgem. Zeitsch. für Psych.*, t. LXIII, fasc. 3 et 4, juillet 1906.

D'après l'auteur, qui restreint considérablement la possibilité théorique des psychoses combinées, la combinaison la plus nette et la moins discutable serait celle de la folie paralytique avec une autre psychose.

la plus vraie, comme aussi la plus large et la plus compréhensive : elle n'exclut ni n'avantage *a priori* aucune école, ni aucune combinaison possible. La complétant, nous dirons donc qu'il est légitime de parler de psychose combinée *lorsque deux psychoses cliniquement différenciées et différenciables dans chaque cas en litige, coexistent chez le même individu et évoluent côte à côte pendant un laps de temps suffisamment long pour que l'évolution de chacune d'elles puisse se montrer avec sa marche autonome et ses caractères habituels.*

Les deux psychoses peuvent apparaître simultanément ; mais sans doute le plus souvent l'une précèdera l'autre pour marcher ensuite parallèlement ou tout au moins ensemble. Leur pathogénie peut être variable, et à ce point de vue, il n'y a aucune règle générale à poser. *Elles peuvent s'influencer réciproquement*, et ici je m'écarte des idées de Krafft-Ebing, qui exige qu'elles évoluent sans compromission réciproque. Il serait extraordinaire, en effet, que deux affections coexistant dans le même organe ne se modifient *au moins dans leurs manifestations extérieures.* Ainsi, nous avons dit que certains caractères plutôt démentiels de la paranoïa chez nos deux malades épileptiques sont probablement dus à la débilité mentale générale amenée à la longue par les accès épileptiques. Il ne saurait en être autrement, et le délire, comme toutes les manifestations psychiques ordinaires de ces malades, subit l'influence de ce déficit intellectuel acquis et progressif. Toutefois, ces modifications ne peuvent pas être fondamentales au point d'empêcher l'évolution régulière de la psychose consœur. Considérant ainsi les faits, il est admissible, même probable, que chacun des états psychopathiques conserve en réalité et sans compromission le terrain anatomo-pathologique spécial sur lequel il s'est fixé et sur lequel il évolue. Ne voit-on pas ainsi chez certains

prédisposés, et notamment les goutteux, coexister dans les poumons l'emphysème et la bronchite chronique, et les progrès de l'une provoquer une recrudescence dans la marche de l'autre?

Disons enfin que nous entendons réserver le nom de psychoses combinées à la réunion de deux psychoses *vraies*, et non à la présence accessoire au cours d'une psychose vraie de l'un ou l'autre symptôme isolé d'une autre psychose. C'est ainsi que dans l'évolution d'un délire chronique de persécution, on peut rencontrer des idées d'auto-accusation, lesquelles sont habituelles à la mélancolie (1). Mais ce symptôme isolé qui, au surplus, rentre invariablement dans le cadre général du délire, ne peut être considéré comme une psychose juxtaposée. Il en est de même de certaines manifestations hystériques *isolées* qui se montrent chez les femmes aliénées : elles ne sont nullement symptomatiques d'une névrose hystérique, mais constituent une extériorisation neuropathologique indéfinie et variable, comme en fournit toujours un terrain dégénéré. (Gaupp, *loc. cit.*)

Comme application de ces données à notre étude actuelle, nous dirons donc que les deux cas cliniques décrits plus haut, sont des cas bien nets de psychoses combinées. On y voit la réunion indiscutable depuis au moins vingt ans, de deux affections cérébrales ultra-faciles à diagnostiquer et qui évoluent côte à côte, suivant chacune sa marche habituelle (2). Par leurs accès con-

---

(1) Voir sur les persécutés auto-accusateurs : G. Ballet, *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1897, p. 46 ; les publications de Séglas, notamment ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893, p. 526, et le *Traité de pathologie mentale*, par G. Ballet. Paris, 1903.

(2) On pourrait m'objecter que l'épilepsie n'est pas une psychose, que c'est un accident, une extériorisation somatique d'un état pathologique, général suivant les uns, local suivant les autres.

Il est d'abord très discutable que l'épilepsie soit une pure né-



vulsifs, par les phénomènes pré- et postconvulsifs, ces malades sont franchement épileptiques, et par leur système délirant ils appartiennent sans conteste à la paranoïa. La pathogénie nous est incomplètement connue : nous pouvons, en tout cas, en éliminer l'alcool, l'artério-sclérose et la sénilité ; pour la première ma-

---

vrose. Elle conduit presque toujours à une débilité mentale plus ou moins grande. En elles-mêmes déjà la suppression de la conscience au moment de l'attaque et les manifestations pré- et postconvulsives, qu'elles soient légères ou graves, sont des phénomènes réellement psychotiques qui peuvent constituer un danger permanent et légitimer alors une collocation. Nous connaissons d'autre part les modifications profondes du caractère chez les épileptiques, leur versatilité, leur mysticisme religieux, leurs lacunes morales et affectives, leur émotivité et leur impulsivité à ce point anormales que même chez l'épileptique le mieux pondéré, on ne saurait savoir si pour un acte déterminé sa cérébration si labile n'ait pas déclenché dans l'une ou dans l'autre direction, avant que sa conscience et ses centres inhibitifs aient eu le temps d'intervenir. Aussi pour J. Voisin (*loc. cit.*, p. 399), la distinction en épileptiques simples et épileptiques aliénés est-elle facile.

Les nouvelles théories qui font dériver l'épilepsie de troubles nutritifs intimes, soit de l'organisme entier, soit des éléments cérébraux seuls, renforcent encore l'étroite parenté de l'épilepsie et des psychoses, ordinaires. D'après Kraepelin, l'origine de beaucoup de psychoses comme d'ailleurs de l'épilepsie elle-même, se trouve probablement soit dans l'action pathogène d'une toxine endo- ou exogène, soit dans l'insuffisance des fonctions physiologiques de l'un ou l'autre organe interne.

Chez nos deux malades, au surplus, il existe des manifestations psycho-épileptiques indéniables. Tous les deux ont le tempérament épileptique : le malade de l'observation I est religieuse et irritable à l'excès ; le malade de l'observation II est d'une humeur plutôt agacée, chagrine ; il est sujet à des hallucinations visuelles qui sont propres à l'épilepsie et peu communes au délire chronique. À la suite des accès convulsifs, il peut survenir chez les deux malades des états crépusculaires, caractérisés surtout par de l'hébétéude et de la désorientation, et qui peuvent durer de quelques heures à un, deux, trois jours. Enfin il existe encore chez les deux malades une débilité intellectuelle générale que nous attribuons, pour les raisons exposées plus haut, à l'influence du mal épileptique.

Ajoutons encore que nous avons suivi la tradition : car depuis toujours, les auteurs qui se sont occupés des psychoses combinées (Magnan, Krafft-Ebing, Stransky, etc.) ont parlé de la combinaison de l'épilepsie avec l'une ou l'autre affection mentale.

lade, nous savons au surplus que la cause occasionnelle de son délire a été tout extérieure : privations, chagrins, honte, reproches, etc., causes suffisantes pour amener un délire chronique même dans les circonstances ordinaires de sa production.

---

---

# Médecine légale

---

D'UNE

## CLASSE D'ALCOOLIQUES CHRONIQUES AMORAUX

ENVISAGÉE

AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE

PAR

le **D<sup>r</sup> SOUTZO fils** et **P. DIMITRESCO**

Docent et chef  
de clinique des maladies  
mentales.

Interne de l'Hopice  
« Marcoutza ».

Malgré la multiplicité des travaux et recherches scientifiques traitant du vaste problème de l'alcoolisme, il reste cependant encore de nombreuses parties qui demandent à être mises au clair, afin d'élucider les questions très différentes que soulèvent de nos jours les nouvelles tendances des doctrines juridiques et sociales, et qui se réfèrent spécialement au crime et aux criminels.

On reconnaît aujourd'hui que l'alcoolisme, envisagé au point de vue social, est une des causes morbifiques de premier ordre de notre organisme social et que le crime, dans une majeure partie produit de l'alcoolisme, se révèle comme une maladie sociale (1).

Ce fait reconnu aujourd'hui incontestable suppose,

---

(1) Kraepelin. Das Verbrechen als soziale Krankheit. *Monatschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform*, 3<sup>e</sup> année, -

avant tout, pour sa pleine connaissance, une étude approfondie de l'individu et de l'individualité en elle-même et sous tous ses rapports ; ce n'est que par une pareille étude que nous pourrons mieux comprendre d'une façon plus claire l'entière phénoménologie morbide de notre vie sociale. L'action de tout individu doit être considérée en premier lieu par rapport à toute sa personnalité ; donc, nous devons considérer l'individu, c'est-à-dire le criminel, avant le fait du crime et le châtiment qui doit être en proportion avec le degré de nocuité de l'individu.

Tel est le principe fondamental sur lequel se fondent aujourd'hui les nouveaux courants de droit et de justice en matière de prophylaxie criminelle et de clinique sociale (1).

Mais il n'est pas de notre intention de faire dans ce travail l'historique détaillé des vues nouvelles de la doctrine criminelle ; nous nous proposons de traiter un sujet en apparence quelque peu différent, mais qui, toutefois, touche par de nombreux côtés aux principes généraux plus haut énoncés.

Nous voulons faire mieux connaître une classe d'alcooliques chroniques d'un genre plus ou moins spécial, qui se trouvent dans notre société en assez grand nombre, et que nous rencontrons dans les hospices d'aliénés ou d'alcooliques, tantôt dans les prisons ; par les tendances amORALES et perverses qui les caracté-

1907, 5/6 n°, p. 257. — V. Kan. *Les causes sociales de la criminalité* : Congrès international d'anthropologie criminelle tenu à Amsterdam. 1901. — Angiolella. Ueber die biologische Entstehung des Verbrechens. *Monatsschr. f. Kriminalpsych.*, 2<sup>e</sup> année, p. 241. — Legrain. *Alcoolisme et dégénérescence sociale*. 1898.

(1) Ferri. *La sociologie criminelle*, 2<sup>e</sup> édition. 1906. — Garofalo. *La criminologie*. 1905. — Proal. *Le crime et la peine*, 1900. — Saleilles. *L'individualisation de la peine*. — Proal. *Les causes sociales de la folie*. 1900.

risent, ces alcooliques peuvent devenir facilement criminels et délinquants à un moment donné; mais en tout cas, au point de vue social, ils paraissent toujours être des plus dangereux. L'élément morbide se reconnaît chez eux avec une certaine difficulté, car lorsqu'il n'existe pas de troubles intellectuels délirants, il prédomine toutefois dans la *vie morale et volitive*. Et par rapport à la connaissance de la mentalité de cette catégorie d'alcooliques, nous aurons à discuter plus amplement la manière dont ils doivent être considérés au point de vue de la *responsabilité pénale* ainsi que du traitement et de l'assistance à suivre.

Nous croyons devoir commenter ici, à cette occasion, les vues récentes qui ont été émises à ce sujet.

Pour le moment, donnons quelques descriptions sommaires des caractères que présentent ces individus, descriptions que nous ferons suivre d'observations concernant quelques cas présentant un intérêt pour les considérations que nous aurons à exposer dans la suite.

La psychologie des alcooliques chroniques parvenus à un état de dégradation et d'immoralité évidente, constitue une étude des plus importantes et des plus difficiles, surtout par rapport à la criminalité. Il n'existe pas de formule unique qui puisse résumer tous les caractères des alcooliques chroniques; ceux-ci diffèrent entre eux par des particularités assez dissemblables mais qui toutefois, soumises à une analyse minutieuse, peuvent être réduites à un certain nombre de stigmates qui sont plus ou moins communs à presque tout le groupe.

Quels indices permettent de reconnaître lorsqu'un buveur, encore à ses débuts, a dépassé la limite pour devenir un alcoolique d'occasion et celui-ci plus tard un alcoolique d'habitude, c'est ce que nous ne pourrions savoir d'une façon précise.

Si nous nous référons aux expériences et aux recherches faites encore dernièrement sur l'alcoolisme, nous acquérons la conviction qu'une quantité relativement minime d'alcool suffit pour transformer un individu en alcoolique chronique (1).

De sorte que la limite entre le buveur, l'alcoolique d'occasion et l'alcoolique d'habitude est très vague et plutôt relative.

Toutefois, cette distinction entre les différentes catégories d'alcooliques doit être faite, lorsque nous voulons comprendre plus clairement les faits à analyser.

Nous appelons alcooliques d'occasion, tout comme Aschaffenburg, l'individu qui ne s'enivre qu'à certaines occasions. Quant à l'alcoolique d'habitude, c'est celui qui boit en dehors de toute autre occasion que celles prévues ; la boisson trop fréquente crée chez lui une sorte d'*appétence* croissante, une sorte d'impulsion qu'il ne peut réfréner. C'est ce que les Allemands appellent *Trunksucht* (2).

Nous avons donc à distinguer en premier lieu, parmi les alcooliques chroniques, l'alcoolique chronique commun, à côté duquel nous plaçons les alcooliques d'habitude se trouvant dans une première phase ; tous ceux-ci sont curables et nous paraissent à peu près normaux au point de vue psychique, surtout au point de vue pénal et social. En second lieu, nous distinguons les alcooliques d'habitude dans un état avancé, *endurcis*, ainsi que les a dénommés, d'une façon fort judicieuse, M. Legrain. Ces derniers sont incurables et se présentent comme des types qui ont atteint le dernier échelon de la dégradation morale et que la société devrait considérer comme

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*. VI, 1903. — Rudin. *Psychologische Arbeiten Kraepelin*, s. V. IV. 1900.

(2) Aschaffenburg. *Das Verbrechen u. seine Bekämpfung*. 2<sup>e</sup> édition. 1907.

un de ses déchets. Ceux-ci se rencontrent de temps en temps, soit dans les prisons, soit dans les hospices d'aliénés et dans ces derniers établissements lorsqu'ils ont manifesté des troubles psychiques délirants, reconnaissables jusqu'à un certain point. Mais la plupart du temps, ils vivent libres et ignorés au milieu de la société, n'attirant sur eux l'attention que lorsqu'ils paraissent devant la justice ou l'autorité.

Mais, comme nous l'avons déjà dit et comme nous tenons à le répéter, la distinction que nous faisons entre les alcooliques n'est pas tranchante et définitive, par la raison que bon nombre d'alcooliques d'occasion et de ceux qui appartiennent à la première classe tombent facilement dans la seconde et dans la troisième; la distinction dépend plutôt du degré de l'intoxication et la transition, de la fréquence de l'alcoolisme futur, à quoi s'ajoutent les influences exercées par des causes inhérentes à la constitution, héréditaires, peut-être même sociales, et qui ont une importance toute primordiale en fait d'alcoolisme.

Enfin, il y a des alcooliques chroniques aliénés qui se recrutent dans tous les groupes.

La mentalité visiblement atteinte des alcooliques du second et du troisième degré, *alcooliques d'habitude amoraux*, comme nous voudrions les appeler, doit être étudiée et analysée plus minutieusement, en considérant chaque individu séparément parmi toutes les étapes et les détails de son existence.

Voici comment nous apparaît l'état psychique de ce groupe d'alcooliques.

Dans l'ensemble, il nous offre l'image plus éclatante et plus accentuée de la mentalité du buveur chronique parvenu à un degré avancé d'alcoolisme profond.

Dès qu'il a dépassé la limite originelle de l'alcoolisme, l'alcoolique s'approche de plus en plus et de jour

en jour d'une ruine psycho-morale qui lui donne un aspect spécial. L'intelligence apparaît atteinte, mais cependant d'une façon plus légère. L'alcoolique éprouve des difficultés à accomplir un acte de sa propre initiative ; il ne peut faire un travail mental exigeant une tension intellectuelle plus forte, son activité psychique se réduit à l'accomplissement d'opérations élémentaires, voire même à de simples reproductions du passé, du temps de son individualité complètement normale. Le travail habituel n'est plus effectué avec la même force et la même énergie, l'individu se fatigue de jour en jour plus sensiblement.

En même temps que ces troubles, le raisonnement se réduit aussi fatalement et la mémoire présente également quelques légères atteintes. En un mot, le développement psychique demeure pour le moment en place, tandis que le champ de l'affectivité commence à se restreindre, se trahissant par de nouvelles tendances égoïstes, que nous rencontrons assez souvent chez l'alcoolique chronique.

Telle est la caractéristique de la mentalité des individus alcooliques débutants, de la première phase. Ceux-ci vivent toujours au milieu de la société et passent pour normaux aux yeux de tout le monde : « Nous condoyons chaque jour, dit avec justesse Legrain, dans la meilleure société, des hommes que nous honorons de notre amitié, à qui l'épithète d'alcoolique serait une insulte, et qui pourtant n'en méritent point d'autre (1). »

Mais ce sont encore là des alcooliques chroniques *innocents* et relativement *inoffensifs* pour lesquels il faudra un jour soulever la question de la responsabilité.

---

(1) Legrain. *Éléments de médecine mentale appliquée à l'étude du droit*. 1906, p. 249.



Mais un pareil type ne représente pas l'image de l'alcoolisme progressif plus avancé (seconde phase). Chez l'alcoolique chronique de la seconde phase, l'intelligence paraît être plus altérée encore. Les fonctions et les opérations psychiques qui, chez le précédent alcoolique, étaient seulement demeurées sur place, commencent chez celui-ci à rétrograder. Le capital de connaissances se réduit, des troubles de la mémoire se manifestent visiblement et le cercle total des idées se rétrécit de plus en plus. La pâleur des opérations de l'intelligence, dans leur ensemble, est ici plus évidente ; mais elle est masquée cependant, en partie, par certaines réactions émotionnelles et du caractère qui se donnent maintenant libre cours et qui, en apparence, suppléent d'une manière fictive au déficit psychique. En résumé, il existe encore chez eux un simulacre d'activité intellectuelle.

Les expériences psychologiques faites sur la personne du buveur d'habitude parvenu à ce second degré, nous ont fourni la preuve des observations plus haut mentionnées.

Il semble, en effet, que les impressions sont reçues chez eux d'une façon plus terne et plus fugitive, ne pouvant être rendues que déconsues et seulement en traits généraux. Il a encore été constaté que beaucoup de sujets de l'expérience, alcooliques chroniques avérés, manifestaient la tendance dans la reproduction des faits qui leur avaient été imprégnés auparavant, d'intercaler des narrations imaginaires et inexistantes, véritables faux souvenirs. Cette faiblesse de la fixation des impressions est cause naturellement du fait que beaucoup d'alcooliques ne peuvent rien apprendre de nouveau, qu'ils commencent même à oublier des choses de première importance et nécessité, de sorte qu'ils ne sont plus en état de retracer un épisode sans le défigurer.

Comme nous allons le voir, certains des cas que nous présenterons nous offrent une pareille image.

Mais, en dehors de ces signes remarquables dans le champ de l'activité intellectuelle, il est d'une plus grande importance à étudier les manifestations malades du domaine moral et volitif, entièrement caractéristiques de notre groupe et qui apparaissent d'une façon plus évidente, alors surtout que l'alcoolique s'approche du terme de sa carrière (troisième phase).

La passion de la boisson continuelle fait oublier de plus en plus au buveur d'habitude endurci les devoirs que lui imposent les notions les plus courantes de l'éthique, pervertit son caractère et ses sentiments et le fait aboutir finalement à une ruine morale avancée, à l'amoralité et à l'immoralité.

Il n'existe plus pour lui ni notions fondamentales de justice ni de morale ; il ignore toute attribution sociale et, à cause de ses penchants irréfrenés à la boisson, il se trouve dans d'autres situations et d'autres circonstances créées par lui-même et dans lesquelles les devoirs sacrés de l'individu ne sont plus du tout pris en considération.

Les promesses et les serments, s'ils ont encore une valeur momentanée, ne sont cependant pas tenus pendant longtemps, surtout lorsqu'il s'agit de serments solennels par lesquels il s'engage à ne plus jamais boire.

Sitôt après, nous le rencontrons à nouveau dans le cabaret au milieu de ses co-buveurs. Tout souvenir et reproche du serment prêté quelques heures auparavant ne provoquent que son indifférence et même son mépris ; il nous fait remarquer qu'il ne boit que son argent et il prétexte que son travail nécessite une force d'énergie qu'il ne peut acquérir qu'en buvant. En réalité, c'est à cause de sa volonté affaiblie qu'il n'est plus à même

d'être conséquent avec ses paroles. En effet, le buveur se laisse facilement persuader et détourner de ses actions justes et correctes, entraîné à boire sans aucune façon par le premier venu. C'est toujours cette annihilation volitive qui le rend récidiviste et facilement déterminable pour l'accomplissement des actes illicites et criminels. L'alcool trompeur séduit de plus en plus le buveur, lui faisant oublier ses malheurs, lui donnant la force et le courage nécessaires au travail.

Dans cette image, ce que nous reconnaissons plus facilement, ce sont les débris d'obscurcissement des sentiments et surtout la faiblesse manifeste de la volonté, troubles qui provoquent à coup sûr la future conduite immonde et les actes réprimables de l'alcoolique chronique endurci.

L'apathie et, plus tard même, le mépris envers sa famille, l'indifférence à fréquenter les siens, l'oubli des conventions de l'amitié, le dégoût pour tout ce qui est agréable, correct et honnête, enfin son désintéressement même pour certaines nécessités personnelles, tout ceci est l'expression d'un émoussement profond des sentiments habituels et de la conscience morale dont il est certainement peu fautif, car il est victime du poison ingéré depuis de longues années.

Comme corollaire, l'égoïsme à outrance finit par prédominer. Il oublie sa femme, ses enfants ; il ne se soucie plus de la douleur et du plaisir des siens, devient indifférent aux prières et aux reproches de la famille et ne prête son attention qu'à la boisson enivrante et, par suite, à la misère dans laquelle il est jeté et dont il se ne rend pas compte en son aveuglante passion. Cette nouvelle situation lui rend impossible toute vie commune avec sa femme. Celle-ci ne pouvant plus supporter ses traitements barbares finit par le quitter, cherchant ailleurs un appui et l'entretien de ses enfants. Dans de pareilles

conditions, l'idée de jalousie commence à se faire jour chez l'ivrogne.

On comprend donc que les alcooliques chroniques, parvenus à cette dernière phase de perversion et d'amoralité, ne possèdent plus le discernement, la rectitude du raisonnement nécessaire à l'homme pour voir clair dans les situations et comprendre facilement ce qui se passe par rapport à lui et autour de lui; tout au plus existe-t-il une apparence de discernement. La disparition du discernement est un facteur important pour reconnaître dans l'alcoolique chronique amoral un malade au point de vue de la responsabilité civile.

Un autre point caractéristique du buveur de ce groupe est la tonalité de l'humeur. Tantôt ils sont gais à tout moment, même lorsqu'on leur parle des faits plus sérieux et tristes, tantôt ils sont facilement irritables et deviennent violents à la moindre occasion et pour le plus futile prétexte; et cela s'explique par l'absence du pouvoir volitif. C'est pourquoi ils ont d'interminables querelles avec leur famille, avec les autorités et tous ceux qui sont en contact avec eux. Ils se livrent facilement aux agressions, à des faits illicites et criminels qui, par certaines particularités, laissent aisément reconnaître qu'ils doivent provenir d'alcooliques chroniques. En même temps une sorte d'orgueil se manifeste chez eux et se traduit par leur attitude fière et leurs tendances à se louer.

D'autre part, le buveur, exclusivement préoccupé par la nécessité de se procurer l'argent nécessaire à l'achat de l'alcool, commence à avoir recours à toutes sortes d'expédients. Ce qu'il gagne ne lui suffit plus, pour la raison bien simple que le gain plus réduit n'est plus en proportion avec le travail qu'il n'est plus capable de fournir d'une façon continuelle et avec profit. De la sorte, il finit toujours par ne plus travailler, et dépense

à boire le peu qui lui reste, ruinant même sa famille, et lorsque toutes les ressources ont été épuisées, il tombe dans le vagabondage, le libertinage, la mendicité, la délinquance et le crime. Arrêté dans de pareilles circonstances, il est dirigé ou vers un hospice, alors qu'on entrevoit chez lui une mentalité malade, ou vers la prison lorsque le délit ou le crime frappe avant tout.

Comme nous aurons l'occasion de le voir en parlant du récidivisme de cette catégorie d'alcooliques, la plupart d'entre eux sont dans une alternative permanente de passer de l'asile à la prison et réciproquement.

Telle est la vie de l'alcoolique invétéré. Kraepelin (1), Aschaffenburg (2), Forel (3), Magnan (4), Heilbronner (5), Bonhoeffer (6), et surtout Legrain (7) l'ont dépeint en traits généraux et, nous autres, nous n'avons fait que la compléter, en quelque sorte, spécialement dans les parties qui concernent les descriptions des phénomènes morbides remarqués dans la sphère morale et volitive. Les observations qui suivent mettent davantage en évidence les caractères sur lesquels nous avons voulu insister ici, faits d'une grande importance pour l'élucidation du problème de la responsabilité pénale de la classe des alcooliques déchus moralement, véritables aliénés, selon nous.

OBS. I. — G. M., quarante ans. Sœur aliénée. Hérédité ignorée. S'alcoolisait intensivement et avec des alcools forts : eau-de-vie impure, alcool dilué, cognac, etc.

---

(1) Kraepelin. *Klinische Psychiatrie*, 2<sup>e</sup> volume. 1902.

(2) Aschaffenburg. *Loc. cit.*

(3) Forel. *Le rapport entre l'alcoolisme et la criminalité*. Congrès pénitencier international. 1905. Vol. I.

(4) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux et Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales*.

(5) Heilbronner. *Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitsrinkern*. 1901.

(6) Bonhoeffer. *Die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Trinker*, 1902.

(7) Legrain. *Loc. cit.*

Il y a seize ans, pendant son service militaire, se révolta contre le roi qu'il accusait de « vouloir voler le pays »; il fut réformé probablement à cause de sa maladie mentale. Avant son internement à l'asile, il tenta de tuer sa sœur qu'il accusait d'avoir volé quelques objets de la maison, à l'occasion de la mort du père. Dangereux, violent.

A l'asile, G. M. est orgueilleux, fier; il cherche à montrer sa force devant les autres malades. Est facilement irritable. Dans les périodes d'accalmie, il se montre plus docile et plus affectueux, mais immoral et indécent. Pas de troubles psychiques alcooliques. Stigmates dégénératifs.

Après cinq mois de séjour, il est mis en liberté.

Obs. II. — M. E., quarante-cinq ans. Hérité inconnue. Alcoolique réputé et endurci. Récidiviste, plusieurs fois, des hôpitaux et de l'asile.

Depuis une dizaine d'années, présente le type du buveur d'habitude avéré, arrivé à la dernière phase. Depuis cette époque, changea de caractère et de conduite; il buvait sans mesure et sans cesse. Pour se procurer de la boisson, il vendait les objets de la maison, il maltraitait journellement sa femme légitime; celle-ci finit par s'enfuir avec ses enfants, un jour elle a failli même être tuée. Dans les derniers temps, il commençait à voler différents objets, il coupait le maïs de ses beaux-frères pour le vendre; de plus, il vagabondait.

A l'asile M. E. est gai, jovial, ne se rend point compte qu'il est vraiment malade, ni qu'il a bu plus qu'il ne fallait; manque de discernement et de sens critique. Il est querelleur, ne travaille que surveillé. Indifférence pour sa femme et ses enfants; en outre violent, voleur et menteur. Pas de troubles alcooliques délirants.

: Après deux années, il est mis en liberté à titre d'essai.

Obs. III. — N. R., cinquante-neuf ans. Hérité ignorée. Récidiviste des hôpitaux. Traumatisme de la tête, à l'époque de l'adolescence. Appétence pour l'alcool depuis des années. Il boit toute boisson; tendance au vol afin de se procurer à boire; incendiaire, violent, il fut délaissé par sa femme à la suite de menaces et coups. Idées de jalousie.

A l'asile il est violent, querelleur, agressif; idées de jalousie, nocif à un haut degré, travaille d'une façon interrompue. Pas de troubles psychiques alcooliques.

Libéré après un temps de séjour de presque deux ans.

Obs. IV. — M. P., quarante-sept ans. Parents marchands

de vin. Alcoolique très reconnu. Depuis trois ans, très dangereux; il vagabonde dans les villages, armé d'un couteau et d'allumettes; vole les objets de la maison, les vendant pour de l'alcool; aux reproches de sa femme, commence à la frapper et la chasse de la maison. Ne travaille plus depuis longtemps; instable, mendiant, vagabond et parasite. Un jour, il fut surpris au moment où il coupait les oreilles à un bœuf et était sur le point de le tuer.

A l'asile, irritable, menteur, rusé, agressif, violent, kleptomane. N'a pas de troubles psychiques; amoral, sentiments émoussés, manque de discernement; les autres malades se plaignent de ses escroqueries et vols; il cherche à voler dans leurs habits des objets et de l'argent. Envers nous il est plutôt timide, nie quand on lui rappelle des vols et des plaintes des malades. Toute la journée ne travaille à rien, cherche des objets dans des ordures. Ne s'intéresse à personne et ne manifeste aucun désir de partir.

Après huit mois, est renvoyé en congé sur la demande de sa famille.

Obs. V. — A. C., cinquante-cinq ans. Hérédité sans importance. Récidiviste des hôpitaux et des asiles à plusieurs reprises. Depuis seize ans s'alcoolise intensivement; vagabond, manque d'impulsion pour le travail, il travaillait tout au plus jusqu'à midi. Il buvait sans mesure. A la suite de vols et différentes infractions, il fut arrêté à plusieurs reprises par la police, qui le tint enfermé plusieurs heures ou des jours. Enfin dans les derniers temps, il devint violent et incohérent, ce qui nécessita son internement.

A l'asile, A. C. se montre joyeux, blagueur, frappe les autres malades dès qu'ils le contrarient; chante des obscénités et montre une attitude egocentrique remarquable. Ses vêtements sont ornés de fleurs, papiers, herbes, fils colorés, etc. Il nous dit avoir bu de « l'alcool russe », et cherche à nous persuader que la boisson ne lui a jamais fait de mal. « Dans ma jeunesse je buvais énormément et je pouvais supporter trois individus sur mon dos. » Il déteste sa famille, aime rester à l'asile. N'a pas de troubles psychiques alcooliques.

Un jour, il refusa de partir avec son fils qui vint exprès le chercher; il fut laissé en congé dernièrement après un séjour de presque trois mois.

Obs. VI. — R. S., cinquante-deux ans. Son père aurait été atteint d'aliénation mentale; toute sa famille buvait. Alcoo-

lique réputé et récidiviste des hôpitaux et de l'asile. Depuis huit ans, il a commencé à changer de conduite. Il buvait sans cesse, provoquait du scandale, était dangereux, ce qui amena des réclamations réitérées contre lui. Il cherchait à démolir les maisons et voulait tuer sa femme et ses enfants. Autrefois, il était triste, fuyant le monde et se plaignant de douleurs d'estomac. Vagabond, voleur et menaçant.

A l'asile il se montre fier, volontaire, désordonné et par moments travailleur. Il remplit ses poches de pierres et objets sans valeur, met autour du cou des morceaux de chiffons sales et du fil de fer, orne son chapeau de fils colorés, plumes et papiers. Se dispute très facilement et provoque du scandale. Se montre insensible à nos leçons de morale et à nos conseils.

Pas de troubles psychiques alcooliques.

Il fut mis en liberté après un séjour de quelques mois.

OBS. VII. — A. V., cinquante-cinq ans. Hérédité alcoolique ignorée. Ivrogne à outrance. Depuis trois mois violent, a cassé des vitres de sa demeure et menacé de mort tous ceux qui venaient à sa rencontre.

A l'asile, A. V. se montre calme, mais il menace facilement. N'admet point qu'il est malade. Accusait sa femme de lui avoir fait des sorcelleries qu'il expliquait de cette manière : un jour elle passa dans ses organes génitaux deux pommes dont une fut mangée par lui et l'autre par sa mère ; celle-ci en mourut, tandis que lui en devint fou. Proluxe dans ses narrations, il invente et exprime de faux souvenirs. Ainsi il nous parle d'une trouvaille : un trésor et des os humains. Le trésor fut laissé en place ; mais après quelques jours quatre hommes vinrent l'enlever. Raconte des obscénités. Pas de troubles manifestes, après un certain temps. Se trouve actuellement à l'asile.

OBS. VIII. — St. H., soixante ans. Hérédité inconnue. Récidiviste de l'asile pour la cinquième fois. Ivrognerie irréfrénée. Boit, suivant ses dires, jusqu'à 20 litres de vin par jour. Depuis vingt-cinq ans, son caractère changea : violent, agressif, maltraitait sa femme. Un jour il démolit sa maison à la suite d'une dispute avec sa femme au sujet du mariage d'une fille. A l'occasion de son dernier internement, il fut trouvé dans des circonstances bien curieuses : on le surprit au moment où il frappait avec un bois son fils qu'il avait lié à un banc. Celui-ci était un véritable aliéné, un dément précoce, négativiste. Peu de temps après il fut amené à l'asile.

A l'hospice, St. H. a une conduite insupportable, c'est un



malade très vicieux; vole, casse, maltraite, s'irrite facilement, démolit les cellules, etc. Devant nous il se présente sous une fausse apparence, nie avec un naturel révoltant les plaintes adressées contre lui.

A part seulement un léger degré d'excitation intellectuelle, n'a pas des troubles mentaux alarmants. Est maintenu actuellement à l'asile.

Obs. IX. — M. A., quarante-sept ans. Hérédité alcoolique évidente: père mort à la suite directe de l'ivrognerie, constatée par le médecin; frère alcoolique. Le malade est récidiviste pour la neuvième fois. Tous les internements ont été provoqués à la suite d'actes illicites et de violences. Ainsi, il frappait son frère et ses sœurs, maltraitait sa femme qui dut le quitter et divorcer.

A plusieurs reprises il fut conduit au poste de police. Il s'est évadé deux fois de l'hospice. Une fois dehors, il reprenait sans retard sa vie antérieure; ivrognerie, vagabondage, violence, voleur.

A l'asile il se montre radieux et présente l'image typique de notre alcoolique amoral. Nous raconte avec beaucoup d'aplomb et orgueil sa conduite à l'occasion des dernières révoltes des paysans, auxquelles il a pris une part active. Il incendiait les maisons des villages, frappait les fermiers et les propriétaires. Le malade nous parle avec détails de la façon dont il agissait; mais certes, dans beaucoup de ses narrations, il y a un mélange de faits invraisemblables. Il marche toute la journée sans but et cherche à voler. Cynique, menteur, il comploté souvent contre le personnel infirmier; ainsi un jour il a fait se révolter trois salons. N'a pas de discernement. Est un aliéné difficile et nocif. N'a pas de troubles psychiques délirants. Il s'évada il y a deux mois.

Tels sont les cas qui nous ont paru les plus intéressants et les plus probants.

L'hérédité alcoolique se rencontre assez souvent; mais ce sont surtout les particularités propres au buveur d'habitude, que nous avons décrit plus haut, qui se présentent d'une façon suffisamment claire.

Comme on voit, il existe des individus qui dans leur situations habituelles sont des déchus moralement, des

pervers au point de vue du sentiment, des incapables pour tout travail, des révoltés contre les principes sociaux, enfin des voleurs, des mendiants, des menteurs, des jaloux, des brutaux, des délinquants (1), etc. La plupart se trouvent dans un état de criminalité imminente, virtuelle; mais ils sont surtout et avant tout des *dangereux*; d'une nocivité qui atteint souvent le plus haut degré. En outre, la *récidive* se produit presque régulièrement. Il y a des récidivistes des hospices, des hôpitaux, de la police administrative et des prisons.

Les deux caractères : *nocivité* et *récidivisme*, ont un intérêt primordial, particulièrement au point de vue légal et de la sécurité sociale.

Legrain dépeint sous un aspect plus vif et dans des graphiques fort intéressants la vie de plusieurs alcooliques de ce genre durant un délai de plusieurs années. Le récidivisme atteint chez certains un chiffre considérable d'internements, de condamnations et d'emprisonnements (2).

Nous ne voulons pas considérer ici le problème de ces alcooliques amoraux seulement au point de vue psychopathologique et par rapport à l'aliénation, mais nous voulons spécialement l'envisager par rapport à la loi pénale (3).

Les alcooliques chroniques invétérés, devenus momentanément aliénés, nous sont suffisamment connus. Tant qu'ils présentent des troubles psychiques se mani-

---

(1) Nous exceptons la classe des fous moraux, des imbéciles, des vicieux, des instables, qui sont devenus tels par l'hérédité et peut-être par suite des mauvaises conditions sociales, et nullement par l'alcoolisme chronique.

(2) Legrain. *Loc. cit.*, p. 267.

(3) Les alcooliques chroniques présentent, au point de vue clinique et surtout au point de vue de la récidive, certaines ressemblances avec quelques maniaques chroniques. A cet égard, le diagnostic différentiel s'imposerait. Nous reviendrons sur cette question dans un travail ultérieur.

festant sous l'une des formes de psychoses alcooliques bien déterminées, ils ne se différencient des alcooliques délirants habituels, ni au point de vue du traitement, l'internement dans les hospices étant nécessaire, ni au point de vue médico-légal et spécialement de la responsabilité pénale, les uns et les autres échappant à la sanction de la loi. Et dès que ces troubles mentaux disparaissent, ils sont remis en liberté ; il serait impossible de les retenir, attendu que la loi elle-même impose la libération des aliénés guéris.

Mais tandis que l'alcoolique devenu tel par occasion, une fois libéré, se montre longtemps normal, étant donné qu'il est rétabli, tout au contraire, le chronique, et surtout l'invétéré *incurable* qui garde son fond psycho-moral perverti, reprend sa vie de naguère, de vagabond, de parasite social, de délinquant et de criminel, jusqu'au jour où il retourne à l'hospice, lorsque passagèrement, sous l'influence de l'alcool, il manifeste de nouveau des troubles psychiques d'excitation alcoolique ; mais le plus souvent il prend le chemin de la prison, de l'asile, des maisons de réforme, etc. Dans ces derniers cas, il n'est plus reconnu irresponsable, car il ne passe plus devant la justice ou l'autorité comme aliéné, mais comme vicieux, délinquant, subissant donc sa peine comme tout criminel ordinaire. En réalité, cependant, ceux-ci ne sont pas moins malades que beaucoup d'autres aliénés, ce que je veux essayer de démontrer.

On saisit donc la différence et l'éclatant contraste qui existent dans cette classe d'alcooliques. Ce n'est que sous l'influence des circonstances exceptionnelles, favorables ou défavorables, que certains d'entre eux sont reconnus comme aliénés, et cela ne se produit que lorsqu'ils ont, pour ainsi dire, la chance de présenter des signes visibles de trouble mental, tandis que d'autres,

et la plupart, sont qualifiés malfaisants et criminels lorsqu'ils commettent un délit, sans qu'on se rende compte qu'on est en présence d'êtres anormaux, véritables aliénés. La catégorie de ces alcooliques fournit un grand contingent aux prisons, beaucoup d'autres vivent en liberté.

Les statistiques les plus récentes sur la criminalité fournissent d'importantes indications sur la proportion des crimes commis par les buveurs d'habitude.

Baër nous donne le chiffre de 30.041 individus qui étaient des buveurs chroniques sur un total de 32.857 condamnés détenus dans toutes les prisons de l'Allemagne; ce qui représente une moyenne de 43,9 p. 100 d'alcooliques, dont 20,4 p. 100 alcooliques d'habitude.

En France, sur un total de 10.000 crimes, 2.374 ont été commis dans les cabarets, et en Belgique, 44 p. 100 des hommes et 23 p. 100 des femmes condamnés étaient des buveurs d'habitude (1).

Ces chiffres nous suffisent pour nous rendre compte de la proportion énorme de la criminalité chez les alcooliques invétérés. Les conditions dans lesquelles sont effectués les actes de délit et de crime, les causes de ces actes, et surtout le genre du crime, sont significatifs : le crime contre la propriété et les brigandages appartiennent surtout à cette classe.

Mais n'insistons pas sur de pareils détails, leur étude est plutôt du domaine des questions spéciales qui concernent le crime et la criminalité.

Reprenons maintenant le problème énoncé plus haut, et discutons-le au point de vue de la loi pénale.

Une législation spéciale en matière pénale sur les

---

(1) Voyez les travaux de Legrain et Hoppe sur l'alcoolisme. *Loc. cit.*

alcooliques chroniques manque pour le moment en France, et, d'autre part, les Codes de presque tous les pays ne précisent rien par rapport à la responsabilité.

La question que nous nous posons en première ligne, et qui se réfère au problème de la responsabilité des individus de notre groupe, est la suivante :

Les alcooliques chroniques invétérés, et d'autant plus les endurcis et nos amoraux, alors qu'ils commettent un délit ou un crime et présentent dans ces cas le cortège des manifestations morbides qui leur sont propres, tombent-ils sous le coup de la loi ou doivent-ils échapper à la sanction pénale, c'est-à-dire être considérés comme irresponsables? Si, pour ces derniers, la responsabilité est exclue, il nous reste alors à nous demander quels sont les éléments scientifiques qui viennent plaider en faveur de cette irresponsabilité?

Il n'est point difficile de répondre à ces questions si l'on connaît l'état habituel de ces individus, alcooliques endurcis, ainsi que nous l'avons caractérisé dans notre groupe.

On sait que dans tous les Codes il existe tout au moins un article qui concerne les aliénés, et qui dit qu'un acte criminel commis par ces individus échappe à la loi; l'acte n'entraîne par conséquent aucune peine. Il y a l'article 64 du Code pénal français, 51 du Code allemand, 71 du Code belge, 46 du Code italien, 57 du Code roumain, etc., qui prévoient précisément l'irresponsabilité pour le criminel qui, au moment de l'acte, était dans un état de démence ou était contraint par une force à laquelle il n'a pu résister (français, belge, roumain).

Le Code allemand accorde de même l'irresponsabilité à l'individu qui, au moment de l'acte, avait perdu toute conscience ou présentait un trouble morbide de

l'activité psychique excluant toute libre détermination volitive.

Le texte de ces différentes lois a été conçu de manière à permettre une interprétation suffisamment large au point de vue scientifique. Tous les aliénistes, ainsi que les hommes de loi, sont d'accord sur ce point. Il suffit de démontrer que, dans un certain cas, les troubles présentés par l'individu peuvent cadrer avec la notion de démence ou qu'ils sont l'expression d'un trouble morbide de l'activité psychique excluant toute liberté de détermination volitive, pour résoudre le grand problème de la responsabilité (1). Aujourd'hui, le plus grand nombre des formes de troubles psychiques que nous reconnaissons immédiatement, c'est-à-dire toutes les aliénations décrites d'une façon précise, exigent l'application des articles en question.

A ce sujet, les tendances nouvelles qui gagnent de jour en jour du terrain ne prennent pas tant comme point de discussion les notions même comprises dans le texte du Code pénal, mais plutôt le principe de droit sur lequel se fondent ces notions et surtout le sens dans lequel ces notions doivent être interprétées juridiquement. Ce principe se réfère d'une part au principe de la liberté volitive, au libre arbitre, à la liberté morale et d'autre part au déterminisme (2).

(1) Cramer. *Gerichtliche Psychiatrie*. 2<sup>e</sup> édition. 1903, p. 36, article « Zurechnungsfähigkeit ». — L. Meyer. Die Stellung der Geisteskrankheiten und verwandter Zustände zur Kriminal-Gesetzgebung. *Archiv f. Psychiatrie*. 1870, cité par Cramer. — Ziehen. Neuere Arbeiten ueber Zurechnungsfähigkeit. *Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie*. V. I et II. 1898-99. — Schmidt-mann. *Handbuch der gerichtliche Medizin*. 1987. — Krafft-Ebbing. *La responsabilité des aliénés*. 1898. — Thulié. *La folie et la loi*. 1866.

(2) Fouillée. *La liberté et le déterminisme*. 1895. — Goblot. *Justice et liberté*. — Grasset. *La responsabilité des criminels*. 1908. — G. Ballet. *L'expertise médicale et la question de responsabilité*. Congrès de Genève. 1907. — Tarde. *La philosophie pénale*. 1900.

Mais ce problème ne nous intéresse pas ici directement, attendu que ce n'est pas le moment de le discuter plus largement.

Un fait est reconnu aujourd'hui d'une façon indubitable : les aliénations sont comprises dans les notions du Code, fait établi d'ailleurs d'une façon précise et définitive par les juristes. Parmi ces aliénations figurent aussi à coup sûr celles qui tiennent directement de l'alcoolisme. On admet depuis peu l'ivresse pathologique, voire même certains états d'ivresse normale grave, qui amènent avec eux des troubles profonds de la conscience ainsi que le prévoit l'article du Code pénal allemand.

En ce qui concerne les alcooliques chroniques, la question est encore fort discutée. Les auteurs ne sont pas tous d'accord à reconnaître un malade dans l'alcoolique chronique d'habitude.

D'aucuns prétendent qu'on ne peut fixer clairement les caractères du début que présente le buveur d'habitude et qu'on ne peut même pas savoir d'une manière précise le moment où le buveur commence à passer dans la phase chronique ; car, ainsi que nous l'ont démontré les différentes expériences, presque tous les buveurs deviennent facilement alcooliques chroniques. C'est à ce point de vue surtout que l'étude de cette classe de buveurs endurcis présente un réel intérêt, d'autant plus qu'elle constitue une transition entre l'alcoolique chronique curable et l'alcoolique dément, aliéné ; ce dernier présente une altération de la vie somatique tout aussi profonde que la déchéance psychique.

---

— Windelband. Ueber Norm und Normelität. *Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform.* 1906. — Aschaffenburg. Die Stellung der Strafgesetzgebung in Leben der Gegenwart. *Monatsschr. f. Kriminalpsych.* Mai 1906.

Récemment de nouvelles opinions ont été émises à ce sujet, et bien que le dernier mot n'ait pas été dit, il résulte des théories nouvelles, certains éclaircissements très favorables pour l'avenir. Nous en tiendrons compte ici pour pouvoir répondre avec quelque succès à notre question.

Legrain, l'aliéniste et l'alcoolologue réputé, lutte avec beaucoup d'énergie pour créer un courant tendant à prouver que les buveurs d'habitude avérés sont avant tout de véritables malades. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « L'assentiment est loin d'être général à l'assimilation du buveur chronique à un malade. C'est une conquête à laquelle on est encore très rebelle chez nous (1). » Cette allusion s'adresse plutôt aux aliénistes sceptiques qui ne connaissent pas suffisamment les alcooliques de toutes les catégories. En s'exprimant de la sorte, Legrain vise toute la classe des buveurs d'habitude et d'autant plus, par conséquent, les alcooliques décrits par nous, alcooliques amoraux, incurables.

Au Congrès pénitentiaire international tenu à Budapest il y a deux ans, la question de l'alcoolisme par rapport à la criminalité a été reprise en discussion. Des hommes compétents dans la matière ont émis des opinions concluantes au sujet des alcooliques chroniques. Ainsi Csillag, le professeur du droit pénal de l'Université de Budapest, s'est prononcé d'une façon catégorique, disant qu'au point de vue pénal, l'ivrognerie chronique, ainsi que la criminalité des individus atteints de *cette maladie*, peuvent constituer des éléments sérieux d'un examen (2). Il pense donc que l'ivrognerie est une véritable maladie.

(1) Legrain. *Loc. cit.*, p. 298.

(2) Csillag. *Quelle est dans les divers pays l'influence reconnue de l'alcoolisme sur la criminalité?* Congrès pénitentiaire international de Budapest. Vol. IV, p. 13.



Piontowski, professeur à Kazan, s'est aussi exprimé ainsi : « Cet état désigné par le terme scientifique « d'alcoolisme chronique produit une *dégénérescence* « *complète* des sentiments d'honneur, de justice, en un « mot de tout sentiment bon, élevé. Il dégrade l'homme, « qui devient ivrogne, ayant perdu la faculté de résis- « ter aux penchants immoraux et égoïstes impropres à « la vie sociale indépendante (1) ». Et Forel fonde les conclusions finales de son rapport sur le fait que l'alcoolisme constitue une maladie du cerveau et qu'il est la cause de la majorité des crimes (2).

D'autre part Hoppe, dans sa récente monographie sur l'alcoolisme, dit que l'alcoolisme chronique, à l'exception des psychoses alcooliques qui surviennent sur son fond, représente un tableau morbide bien délimité qui se développe généralement de la même façon, bien que ce développement se fasse plus ou moins rapidement selon chaque individu, d'après le degré de résistance physique et psychique de chacun, et selon que les symptômes apparaissent plus ou moins clairement (3).

Quant à Heilbronner, qui s'est occupé spécialement des alcooliques et des psychoses alcooliques, il décrit « un état habituel du buveur » qu'il considère comme représentant un trouble morbide de l'activité psychique. Cependant lorsqu'il se demande, au point de vue juridique, si l'article 51 du Code pénal allemand doit être invoqué pour cet état, il n'est pas suffisamment conséquent, énonçant le précepte que lorsque nous avons à examiner un alcoolique, si on ne constate pas d'autres facteurs morbides, le médecin doit s'abstenir de donner son avis et d'apprécier l'alcoolique chronique devant la

(1) Piontowski. Même Congrès. Vol. IV, p. 94.

(2) Forel. *Loc. cit.*, p. 37.

(3) Hoppe. *Der Alkoholismus im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht*. 1906.

justice (1). Et cependant la description que nous donne cet auteur de l'état habituel du buveur ressemble beaucoup à celle des autres aliénistes et même, jusqu'à un certain point, avec notre propre description. Mais le même auteur reconnaît, immédiatement après, dans le même ouvrage, qu'il existe en effet une classe d'alcooliques graves qui demandent le bénéfice de l'article 51 du Code pénal en les assimilant aux paralytiques généraux au début de leur maladie. Voici la manière dont il s'exprime à cet égard :

« Quelques buveurs chroniques plus gravement atteints, sans symptômes psychiques, n'ont rien de supérieur au point de vue éthique et moral à un paralytique général au début à qui on accorde la protection de l'article 51, dès que le diagnostic est posé d'une manière irréfutable (2). »

L'auteur ne décrit pas d'une façon détaillée les particularités symptomatologiques de cette dernière classe ; toutefois, selon ses propres affirmations, ce sont là des alcooliques graves et par conséquent semblables probablement de beaucoup au groupe de nos alcooliques.

De même Cramer, dans son *Traité de psychiatrie judiciaire*, rappelle le fait que « l'alcoolisme poussé à outrance amène un *état de dégénérescence* du buveur qui peut aller si loin, qu'elle doit être considérée comme une maladie dans le sens de l'article 51, C. p. (1) ». La cour suprême allemande s'est prononcée en 1900 dans un même sens lorsqu'elle a admis la dégénérescence du buveur comme un état maladif excluant la libre détermination volitive.

Mais les mots mêmes *ivrogne* et *trunksuchtig* sont, selon nous, assez significatifs. Ils impliquent non seu-

(1) Heilbronner. *Loc. cit.*, p. 127.

(2) Heilbronner. *Loc. cit.*, p. 133.

(3) Cramer. *Loc. cit.*, p. 327.

lement le simple alcoolisme, mais une *appétence*, une impulsion irréfrenée (*Sucht*) pour la boisson. Cette impulsion chez l'ivrogne est permanente, ce qui le différencie du dipsomane et pseudo-dipsomane proprement dit, auxquels manque cette appétence caractéristique, tout en ayant la périodicité comme signe pathognomonique.

D'ailleurs, d'autres auteurs sont d'un même avis. Ainsi Planck (1), le commentateur du Code allemand, dit également que par le mot « *Sucht* » on comprend un état pathologique, et Lührmann affirme que l'ivrogne dans le sens médical est celui qui s'adonne à la boisson d'une façon habituelle et qui finit par perdre à ce point sa volonté qu'il n'est plus capable de retenir, par sa propre force, l'impulsion à boire (2).

Comme nous avons vu les alcooliques avérés, endurcis, d'autant plus les nôtres, les amoraux, présentent encore des caractères supplémentaires, d'une haute valeur, qui peuvent être constatés d'une façon objective. Ainsi nous relevons chez eux une série de signes suffisamment clairs parmi lesquels les plus importants sont : déficit intellectuel, manque de volonté, anesthésie affective, perversité morale, suggestibilité, automatisme, impulsivité, etc., etc. ; tous ces signes, dans leur ensemble, nous sont indiqués par la pathologie mentale comme constituant des symptômes des nombreuses formes de psychoses et, par suite, ayant une même valeur dans les recherches médico-légales. A ceux-ci viennent s'ajouter la présence du signe mentionné ci-dessus : l'appétence, qui vient préciser davantage l'état pathologique de l'ivrogne endurci, amoral.

(1) Planck, cité par Leppman in *Alkoholismus in Ehe*.

(2) Lührmann, cité par Cramer in *Entmundigung wegen Trunksucht. Alkoholismus*. 1903.

Ces arguments, qui nous paraissent être suffisants, semblent résoudre fort heureusement le problème de la responsabilité des alcooliques chroniques avérés. La conclusion finale est que les alcooliques chroniques invétérés et amoraux, par la phénoménologie qu'ils présentent dans la plupart des cas, sont de véritables malades au point de vue médico-judiciaire, des déments moraux comme les appelle Legrain avec beaucoup de justesse.

Nous devons nous assurer que l'individu est un ivrogne endurci ou « trunksuchtig », d'après les signes que nous constatons ; nous devons montrer que ceux-ci constituent un état morbide dans le sens de l'article du Code pénal, après quoi, nous pourrions avoir la conviction que le juge considérera à coup sûr cet individu comme un irresponsable.

Mentionnons encore dans ce même ordre d'idées le fait que certains auteurs demandent en faveur des alcooliques chroniques l'application de la responsabilité limitée ou atténuée, telle qu'elle est conçue aujourd'hui. Nous ne voulons point la discuter ici pour la raison qu'au point de vue où nous nous sommes placés dans cette question et surtout à cause de la catégorie de nos cas, nous croyons qu'il n'y a aucune raison pour l'invoquer.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à considérer les suites immédiates qui résultent pour nos alcooliques lorsqu'ils ont échappé à la sanction pénale. Si nous demandons pour eux l'application de l'article du Code pénal, nous devons, par contre, prendre des mesures afin de les mettre à l'abri de la *récidive* et de la *nocivité* sociale.

Le problème sous ce rapport est double : d'une part, au point de vue médico-légal, le buveur d'habitude, en tant que malade, doit être exempté des rigueurs de la loi et,

d'autre part, au point de vue social, il s'impose que la société prenne des mesures pour se défendre contre ses actes nuisibles, étant donné qu'il est dans une permanente nocivité, criminalité virtuelle et récidive.

La nocivité doit donc être reconnue chez l'alcoolique chronique. C'est en proportion avec cette dernière que des mesures doivent être prises pour garantir la sécurité sociale.

Mais nous ne voulons pas discuter ici largement cette question de la nocivité et du récidivisme ainsi que des mesures de sécurité préconisées jusqu'à présent contre les alcooliques chroniques ; il faut une étude spéciale et approfondie. Nous voulons ajouter seulement que la récidive, telle que nous la rencontrons chez nos alcooliques, *récidive à double forme*, comme criminel et comme aliéné, se manifeste comme une véritable *maladie constitutionnelle* et, par conséquent, elle ne doit pas être ignorée de la justice. C'est au magistrat que revient le devoir d'intervenir pour sa déconverte chez la plupart des prévenus, et, à ce sujet, il a besoin des lumières des médecins compétents, des psychiatres réputés, auxquels il doit confier l'examen mental des individus en question. En procédant de la sorte, il évitera les erreurs judiciaires et reconnaîtra, en même temps, le récidiviste malade et le délinquant qui, par sa situation psycho-morale adultérée, paraît dangereux, et d'autre part, la légion des criminels aliénés qui vivent aujourd'hui dans les prisons, ignorés totalement.

Paul Garnier s'est exprimé déjà depuis longtemps dans ce sens en exigeant, comme étant un devoir de l'instruction, de soumettre à un examen psycho-moral la plus grande partie des prévenus (1). — En effet, la

---

(1) P. Garnier. *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral*, etc.. Congrès d'anthropologie. 1893, p. 163.

connaissance des caractères psycho-physiques des délinquants et criminels, constitue un élément précieux pour établir leur culpabilité ou leur ignorance, à connaître donc la *capacité de criminalité* au point de vue médico-légal (1). Les recherches suivies de *psychométrie*, confiées à des aliénistes praticiens compétents, rendront effectivement des services énormes, ayant sous ce rapport plus de valeur que les recherches anthropométriques. En même temps, ce genre d'examen des prévenus servira encore à connaître son degré de nocivité alors même qu'on aura affaire à un malade. Car, aujourd'hui, nous savons qu'il y a une tendance unanime à classer les aliénés des asiles et les criminels des prisons suivant leur *potentiel de nocivité*. Ainsi, on connaît le groupe des aliénés dangereux, difficiles, vicieux, à tendances criminelles, dont chacun exige des mesures et des traitements spéciaux, différents de ceux préconisés pour les psychotiques habituels des asiles ordinaires. Ces mesures conditionnées, justement suivant que la nocivité découverte chez eux, est *permanente* ou *temporaire* (2).

En ce qui concerne les alcooliques chroniques, le traitement et l'assistance diffèrent suivant qu'il s'agit des malades guérissables ou inguérissables, des corrigibles ou incorrigibles. Et, pour nos buveurs amoraux chez lesquels le récidivisme est permanent et la nocivité atteint le plus haut degré, les mesures de traitement doivent être des plus rigoureuses. Leur internement sera contenu et définitif pour la majorité, tandis

---

(1) Cramer. *Ueber Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus*. 1905.

(2) Colin. Les aliénés vicieux. *Revue de psychiatrie*, 1906. — Van Hamel. *Des mesures applicables aux incorrigibles*, etc. Congrès d'anthropologie, 1893. — Soutzo (fils) et Stoenesco. L'imbécillité au point de vue pénal. *Revue de droit et sociologie*, 1905.

que, pour un petit nombre seulement, devenus à la longue relativement inoffensifs, la sortie sera permise mais conditionnée et provisoire, à titre d'essai, et cela avec l'assentissement de la justice et la surveillance ultérieure de l'autorité.

Enfin, à l'égard des systèmes d'hospitalisation de buveurs d'habitude et de nos amoraux, il y aura des asiles spéciaux, des maisons de sûreté et annexes auprès des prisons, où le régime sera tout autre que celui des asiles d'aliénés et des prisons.

Mais n'insistons pas plus sur ce point. C'est une question vaste et toute nouvelle appartenant plutôt aux problèmes d'assistance générale.

Dans un prochain travail nous toucherons cette question des alcooliques chroniques endurcis, en l'envisageant au point de vue de la *capacité civile* (interdiction, mariage, divorce, etc.).

## BIBLIOGRAPHIE

E. FOCHIER. L'alcoolisme devant la loi pénale. *Thèse*, Paris, 1900.

LEGRAIN. Alcoolisme et dégénérescence sociale, 1898. Paris.

LEGRAIN et HALBERSTAD. Note sur une catégorie de buveurs intermittents. *Annales médico-psych.* Décembre 1903.

MITTERMAIER et SOMMER. Die Tätigkeit des medizinischen, im besonderen des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht, Congrès de psychologie et psychiatrie judiciaire, 1906.

KORNFELD. Alkoholismus und Paragraphe 51. St. g. B., 1906.

PENTA. Die Geisteskrankheit in den Gefängnissen. Monographie, 1906.

COSSA. Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés. *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1907-1908.

BALLET. Les mesures législatives contre les délinquants dits irresponsables. *Ann. méd.-psych.*, 1895.

KURBITZ. Alkohol und Selbstmord. *Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1907, p. 579.

DANNEMANN. Der Alkoholismus. Seine strafrechtlichen und sozialen Beziehungen. Seine Bekämpfung. 1907.

GELWING. Ueber die Grundlage der Trunksucht. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*. 1906.

SCHAEFER. Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen. 1904.

GAUPP. Chronische Trunksucht u. Delirium tremens. *Wiener klinische Rundschau*. 1906.

Von LISZT. Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke und verminderte Zurechnungsfähige. *Monatsschr. f. Strafrechtsreform*. 1904-1905, p. 8.

SANDER. Zur Frage der Versorgung des Geisteskranken. *Verbrechere Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 1904, p. 520.

GRASSET. Demi-fous et demi-responsables. 1907.

MOREL. La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste. Congrès d'anthropologie d'Amsterdam. 1901.

LEGRAIN. Récidivisme en matière d'ivrognerie. Congrès d'anthropologie d'Amsterdam, p. 343. 1901.

LONGARD. Ueber strafrechtliche Reformbestrebungen in Lichte der Fiersorge. 1907.

WEBER. Die Beaufsichtigung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten. 1906.

BLEULER. Zur Behandlung Gemeingefährlicher. *Monatsschr. f. Kriminalpsych.*, 1905, p. 92.

DELBRUCK. Zum Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährlichen Geisteskranken. *Monatsschr. f. Kriminalpsych.*, 1905, p. 121.

HOPPE. Die alte und die neue Kriminalrestschulde und der Strafvollzug. *Monatsschr. f. Kriminalpsych.*, 1905, p. 711.



---

# Législation.

---

## NOTES

SUR LE

# RÉGIME DES ALIÉNÉS

## EN ANGLETERRE

**Par le Dr G. G. de CLÉRAMBAULT,**

Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt  
près la Préfecture de police.

---

Un séjour de quelques semaines à Londres nous a permis d'observer, en matière de législation ou d'hospitalisation, quelques points dignes d'étude, que nous désirons soit rappeler, soit signaler à l'attention des aliénistes français. Le projet de remaniement de notre loi de 1838, adopté par la Chambre des députés en 1907 (1), se rapproche fréquemment, soit par l'esprit, soit par la lettre, des dispositifs de la loi anglaise de 1890 (Lunacy Act). Nous ferons le minimum de commentaires, non seulement parce que notre temps d'études a été court, mais encore parce que, pour bien posséder de tels sujets, il faut y revenir plusieurs fois à d'assez grands intervalles de temps. Nous sommes tout prêt à modifier notre exposé, et surtout nos appréciations, si quelques-uns de nos lecteurs anglais veulent bien nous faire

---

(1) *Journal officiel*, numéros des 15, 18, 22 et 23 janvier 1907.

connaître quelles rectifications doivent y être apportées.

Tous nos lecteurs français connaissent depuis longtemps le zèle philanthropique des aliénistes anglais, le bel aménagement de leurs asiles et les mérites de leur administration : nous nous dispenserons d'y insister. Voici, par contre, des généralités préliminaires bien moins connues. La législation concernant les aliénés n'est pas uniforme pour les trois parties du Royaume-Uni (Angleterre, Ecosse et Irlande). Ensuite, les diverses lois anglaises qui se succèdent sur un même sujet ne s'abrogent pas, mais s'additionnent. Elles règlent minutieusement tous les détails d'exécution de leurs édictions, tenant lieu, comme l'a écrit Foville (1), de nos lois proprement dites et de nos règlements d'administration publique. Le Lunacy Act, par exemple, prescrit minutieusement la formule de rédaction de toutes les pièces, médicales ou judiciaires, qui accompagnent le placement d'un aliéné ; cela dans le but d'éviter des oublis ou négligences, mais non sans multiplier, comme nous le verrons, les risques de nullité. Ces formules sont exposées à la suite de la loi de 1890 (Lunacy Act) ; elles sont reproduites, pour la pratique, sur des feuilles volantes officielles, ne laissant au pétitionnaire, au médecin ou au juge, que la peine de remplir quelques blancs. Tandis qu'en France et en Ecosse, la procédure du placement est réglée par la présentation du cas et ne laisse subsister que deux catégories, en Angleterre, le degré de fortune du malade est susceptible de modifier cette forme, et les subdivisions des cas sont plus nombreuses. Le placement a surtout un caractère d'assistance, et le soin en est laissé à qui le

---

(1) A. Foville. *La Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse*. J.-B. Baillière, 1885.

devoir de l'assistance incombe : le placement par autorité, dans un but d'ordre et de sécurité publique, n'est pas, en fait, favorisé.

### I. — Ordre d'internement sur requête (Reception, orders on petition).

Ces ordres d'internement sont délivrés par l'autorité judiciaire, et s'appliquent à des aliénés qui ne sont ni classés comme pauvres, ni assez riches pour avoir fait l'objet de la procédure spéciale appelée Inquisition (art. 4).

L'autorité judiciaire est représentée généralement, en l'occurrence, par le Justice of Peace, appelé par abréviation Justice (magistrat correspondant approximativement à nos juges de paix), exceptionnellement par des juges de comté ou tout autre magistrat (art. 9).

La demande d'un ordre d'internement peut être formulée par toute personne majeure, à la condition que celle-ci ait personnellement vu l'aliéné depuis moins de quinze jours, et s'engage à visiter le supposé aliéné au moins une fois par semestre. Si le demandeur n'est ni époux ni parent de l'aliéné, il doit justifier des raisons de son intervention et des raisons qui expliquent l'abstention de la famille. Toutes ces données doivent être consignées par écrit (art. 5).

A la demande d'internement (pétition), doivent être annexés *deux* certificats médicaux, rédigés sur feuilles séparées (art. 5).

Une fois saisi, le juge peut et *doit*, aux termes de l'article 6, vérifier les divers points de fait allégués dans la lettre de demande, faire passer sous son expertise les certificats médicaux, et procéder personnellement, s'il le juge bon, à un interrogatoire psychiatrique de l'aliéné; il peut faire attendre *sept jours* cet examen. Il procède

alors à une enquête, et rend visite sur place au supposé aliéné. Celui-ci peut faire citer, pour sa défense, divers témoins. Après quoi le juge peut, à son gré, émettre un ordre d'internement ou rejeter simplement la demande.

Une fois interné comme malade privé, le malade peut, si l'ordre d'internement ne mentionne pas que le juge l'ait vu personnellement, *réclamer la visite d'un juge* autre que celui qui a signé l'ordre (sauf opposition du médecin, fondée sur raisons médicales et notifiée par écrit aux commissaires des aliénés (Commissionnaires in Lunacy), *voir plus loin*). Le juge saisi de la demande du nouvel interné peut, ou lui rendre visite ou *se le faire amener* dans telle forme qu'il jugera convenable (art. 8).

Les placements ainsi demandés diffèrent des placements volontaires de la loi française par différents points. Le plus important est l'arbitrage exercé par l'autorité judiciaire. Le second est l'obligation pour la famille de produire deux certificats. Nous noterons encore le *droit*, pour le supposé aliéné, de faire convoquer des témoins qu'il suppose devoir lui être favorables. La personne qui demande le placement assume la charge de visiter personnellement le malade au moins tous les six mois. Les médecins doivent avoir procédé *séparément* à l'examen du malade; leurs rapports doivent être faits sur des feuilles *séparées* (formes imprimées, *voir plus haut*).

Le juge peut faire attendre sept jours sa décision. Il peut annuler la requête, contrairement à l'avis des deux médecins. Il se rend au domicile du malade s'il le juge bon; il consulte, en quelque sorte, le malade, et forcément le prévient des présomptions d'aliénation qui pèsent sur lui. La convocation des témoins, dits à décharge, si utile en principe pour élucider des points de fait, nous semble moins capable d'éclairer un juge qu'elle ne nous éclaire, nous médecins, parce que nous demandons aux témoins, non des opinions, mais des docu-

ments, et que nous connaissons le peu de valeur, en telle matière, des opinions négatives. Celles-ci impressionnent plus vivement le profane, et l'ensemble des témoins agit sur son esprit moins comme élément d'instruction que comme un jury.

La conception de l'aliénation qui gouverne ces dispositifs nous semble à la fois peu clinique et peu pratique. Elle admet que tout profane peut être qualifié pour diriger un interrogatoire d'aliéné et pour reconnaître un délire. Subordonné à des impressions personnelles ou à des préventions diverses, la reconnaissance de l'aliéné devient souvent aléatoire.

Le juge est en outre bien peu qualifié pour reconnaître et apprécier certaines causes physiques des folies ; il n'est pas qualifié du tout pour les rechercher. Nombre de secrets lui sont cachés par les familles. Son entrée même dans ces familles présente pour elles, et pour le supposé malade, divers inconvénients moraux que la venue des médecins ne présente pas ; les prétextes sont assez faciles pour ces derniers, ils manquent absolument au juge. En outre, pour une convocation à adresser à l'aliéné, le juge dispose, nous semble-t-il, de moins de prétextes que n'en peut trouver, en des circonstances analogues, dans de menus faits, le commissaire de police français. Pour ces raisons, la procédure d'enquête nous semble créer, pour le supposé aliéné et pour les siens, une situation morale fâcheuse en cas de solution négative. Il y a là de quoi faire ajourner bien des demandes de placement fondées. Les familles doivent attendre une crise qui leur permette de procéder au placement volontaire d'urgence (*Urgency Order*) ou qui amène un placement d'office, dans les formes plus loin décrites.

L'intervention du juge a évidemment l'avantage de couvrir la responsabilité des médecins quand elle s'exerce dans le sens de leurs certificats ; mais les médecins ris-

quent aussi de voir condamner officiellement, avec un certain dommage pour leur renom, une opinion fondée et juste. En outre, le juge, à peu de chose près irresponsable, offre aux représailles bien moins de surface qu'un praticien, toujours tristement exposé à des demandes en indemnité, et contre qui toute calomnie se traduit, en dernière analyse, par un dommage irréparable.

## II. — Ordre d'urgence (*Urgency order*).

Dans le cas où le placement d'un malade s'impose d'urgence, les formalités ci-dessus prescrites sont supprimées, et la famille de l'aliéné se trouve subitement jouir d'une très grande liberté de mouvements. L'intervention du juge cesse d'être nécessaire; le même particulier qui tout à l'heure signait une humble requête, signe à présent un véritable ordre (*urgency order*); il est en quelque sorte et pour quelques instants *substitué au juge*.

Tel est le principe. Voici maintenant le dispositif (art. 11) :

« Dans les cas d'urgence où il est expédient, soit pour le bien-être d'un individu (autre qu'un pauvre) supposé atteint d'aliénation, soit pour la sécurité publique, que l'individu supposé aliéné soit immédiatement placé en traitement et sous surveillance, il peut être admis et gardé dans une institution pour aliénés, ou encore comme malade unique, sur un ordre d'urgence rédigé (si possible) par l'époux, ou la femme, ou un parent du supposé aliéné, accompagné d'un certificat médical. »

L'ordre d'urgence peut être signé *avant* ou *après* le certificat médical.

Si un ordre d'urgence n'est pas signé par l'époux, la

femme ou par un parent..., il doit contenir un exposé de raisons..., etc.

Personne ne doit signer un ordre d'urgence à moins d'être âgé de vingt et un ans au moins, et d'avoir vu personnellement le supposé aliéné dans les deux jours précédant la date de l'ordre.

Un ordre d'urgence peut être fait avant ou après l'introduction d'une requête aux fins d'internement...

L'ordre d'urgence reste en force sept jours (et d'avantage, en cas de requête antérieurement pendante).

Un ordre d'urgence doit contenir ou porter annexé un exposé des détails du cas.

Ce processus, dans la plus importante de ses phases, est semblable au dispositif édicté par la loi française (1838, art. 8); seulement ce qui, en France, est la règle, est l'exception en Angleterre. Dans le cas d'un urgency order, *la demande écrite de la famille et le certificat d'un seul médecin* suffisent pour un internement. C'est là une règle libérale, si l'on peut appeler libérale toute disposition supprimant des obstacles immotivés. Toutefois, la ressemblance avec la loi de 1838 cesse une fois le placement opéré. Celui-ci en effet *ne devient complet que par l'intervention du même juge qui aurait opéré sur requête*. La durée de sept jours pendant laquelle l'urgency order est valable permet au juge de faire attendre sept jours son contrôle, et, dans le cas où il se trouvait antérieurement informé ou requis, il peut attendre davantage encore.

A ce mode de contrôle, nous préférons celui de la loi de 1838, si méconnu généralement, pour ne pas dire si inconnu : certificat du médecin récepteur adressé au préfet dans les vingt-quatre heures de la réception ; nouveau certificat dans les quinze jours, pour tous les asiles publics ou privés ; en outre, dans le cas d'asile privé, visite dans les trois premiers jours par un ou

plusieurs médecins-inspecteurs, auquel le préfet peut adjoindre telle autre personne qu'il désignera (art. 8, 9 et 11); information immédiate donnée aux procureurs tant de l'arrondissement du domicile de la personne placée que de l'arrondissement où est situé l'établissement; registre mensuel; rapport trimestriel au préfet (art. 10 et 20); droit accordé non seulement à l'aliéné, mais à toute personne s'intéressant à lui, de former un pourvoi, devant le tribunal qui décide en chambre du conseil, sans délai et sans formuler de motifs (art. 2); droit de correspondance de l'aliéné avec toute autorité, soit administrative, soit judiciaire (art. 29); visites soit trimestrielles (asiles privés), soit semestrielles (asiles publics) du procureur; diverses visites des maires et des commissions.

Il est intéressant de remarquer qu'en Angleterre, malgré les vives préoccupations relatives à l'idée de liberté, un placement tout semblable à nos placements volontaires peut théoriquement rester sept jours sans contrôle de la part des autorités (cela, même dans une maison privée). Nous ne croyons pas qu'il en résulte d'inconvénients, du moins au point de vue de la liberté. — La phrase « l'ordre d'urgence peut être signé *avant* ou *après* le certificat médical » est certainement très importante, mais l'intention qui l'a dictée est un peu obscure. Nous ne sommes pas renseignés pour le moment, sur son application. (Comparez la loi de 1838, art. 8, § 2, alinéa 3. « En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se passer du certificat du médecin ».)



### III. — Internement sur ordre sommaire (Reception on Summary Reception order).

Ce mode d'internement s'applique à des aliénés tantôt aisés (art. 13), tantôt nécessiteux (art. 14). Pour les premiers, il trouve son indication dans l'absence d'un entourage (famille, époux, ami), qui puisse prendre l'initiative de la requête au juge déjà décrite. Pour les seconds, il constitue seulement un cas particulier des prescriptions de la loi générale d'assistance des indigents (Poor Law).

A. — L'ordre sommaire émane du juge ; il est provoqué par l'information qu'un aliéné, sans être pauvre, se trouve néanmoins dépourvu des soins et de la surveillance nécessaires (not under proper care and control) ou encore maltraité ou négligé (cruelly treated or neglected).

Les fonctionnaires chargés de porter ces faits à la connaissance du juge sont l'inspecteur paroissial des pauvres (Overseer), l'officier d'assistance paroissial (Relieving officer) et le ou les officiers de police de la commune (Constables) (N. B. paroissial = communal).

Ces trois ordres de fonctionnaires sont tenus, chaque fois qu'un cas de ce genre est porté à leur connaissance, d'en informer dans les trois jours le juge compétent et de certifier le fait *par serment*. — Le juge *peut* alors visiter le supposé aliéné, il *doit* lui adresser deux médecins de son choix. — Ici encore, le juge apprécie à son gré les réponses des deux praticiens ; si elles décident sa conviction, il fait conduire le supposé aliéné dans telle institution pour aliénés où il serait conduit s'il était pauvre. Le transfert est exécuté par les soins d'un officier de police quelconque, ou bien du même inspecteur ou bien officier d'assistance, qui a signalé le cas de l'aliéné.

Le texte de cet article ne dit pas si l'aliéné aisé, interné dans ces conditions, a le droit de réclamer immédiatement la visite d'un juge (autre que le signataire de l'ordre) au cas où le juge, signataire de l'ordre, ne l'aurait pas vu en personne. Nous avons vu qu'il possède ce droit, dans le cas d'internement sur requête, c'est-à-dire lorsque l'ordre du juge a été provoqué par une requête émanant de personnes qualifiées.

Les ordres sommaires constituent en somme une sorte de *placement d'office, sans urgence*. — Les fonctionnaires chargés de renseigner le juge ont un délai de trois jours pour agir. — Ici encore le concours de deux médecins est nécessaire; la visite personnelle est facultative.

B. — Les indigents (pauper) peuvent être, en cas d'aliénation, internés également par ordre sommaire, c'est-à-dire sans l'intervention ni de leur famille ni de leurs amis (art. 14). Nous avons vu que les fonctionnaires chargés de signaler au juge l'aliéné riche, mais mal soigné, sont l'inspecteur, l'officier de charité et l'agent de police. Dans le cas du malade pauvre, un quatrième informateur apparaît, c'est le *médecin de l'Union* (Union de communes) ou médecin des pauvres. A vrai dire, il n'agit pas personnellement auprès du juge, mais se borne à signaler le cas à l'officier de charité du district, ou, en l'absence d'un tel fonctionnaire, à l'inspecteur des pauvres de la paroisse. Le médecin des pauvres est tenu de fournir cette information par écrit, et cela dans un délai de trois jours. L'officier de charité ou l'inspecteur informent à leur tour le juge, et le juge à son tour charge ledit officier de charité ou inspecteur d'amener le supposé aliéné, dans les trois jours, soit devant lui, soit devant tout autre juge de la circonscription compétente (art. 15). Le juge peut aussi visiter le supposé aliéné dans sa demeure, ou dans tout

autre lieu (art. 17). Il *doit* examiner personnellement le malade, et faire toute enquête utile. Il *doit* aussi appeler un médecin ; mais il lui est loisible de tenir de l'avis médical tel compte qu'il veut (art. 16). — L'ordre peut diriger le malade pauvre soit sur un asile, soit sur un workhouse. — Le magistrat peut à la fois délivrer l'ordre et en suspendre l'effet pour une période n'excédant pas quinze jours, et prendre pour cette période toutes mesures protectrices de la personne qu'il juge convenables (art. 19).

Le certificat d'un seul médecin est exigé dans le cas d'un aliéné pauvre. Sans doute l'internement frauduleux semble alors moins probable ; en outre les pouvoirs publics cherchent à diminuer les frais d'internement.

Le juge a ici *le devoir* de visiter le supposé aliéné. Il peut ne pas tenir compte du certificat médical, il peut aussi émettre à la fois son ordre d'internement et le suspendre, disposition évidemment heureuse si elle sert, dans certaines circonstances de temps et de lieu, à ajourner pour raisons matérielles le moment du transfert à l'asile (à condition que des mesures de protection provisoires soient prises), mais disposition discutable, si elle invite le juge à se lancer dans des considérations pronostiques.

#### IV. — Placements immédiats sans intervention du juge.

Dans les cas sujets par nature à un ordre sommaire d'internement (aliéné riche non soigné ou maltraité, aliéné pauvre à domicile, aliéné pauvre et errant, aliéné riche et errant), si l'internement paraît s'imposer avec urgence, l'intervention du juge cesse d'être obligatoire : il est loisible à l'officier de police, à l'inspecteur ou à

l'officier d'assistance de procéder *immédiatement* au placement de l'aliéné. Cette suppression des formalités usuelles a pour but de sauvegarder plus rapidement la sécurité publique et l'intérêt même du délirant. L'endroit désigné pour le placement est le Workhouse de l'Union (Union de communes) où se trouve actuellement l'aliéné; le placement ainsi opéré n'est que provisoire : *dans un délai de trois jours*, le fonctionnaire ayant exécuté le placement doit régulariser ce placement, c'est-à-dire *provoquer l'intervention du juge*, qui prendra l'avis du médecin, et statuera (art. 20). Ce placement, même après confirmation du juge, ne possède qu'une valeur provisoire : il ne reste valable que *quatorze jours*. Après expiration de ce délai, le malade doit être ou remis en liberté ou dirigé sur un asile. — Une exception est faite pour une catégorie dont nous reparlerons tout à l'heure ; disons de suite qu'il s'agit seulement de malades chroniques, dont le maintien dans un établissement quel qu'il soit ne saurait être des plus litigieux.

Ce mode de placement, qui ne porte pas un nom spécial dans le Lunacy Act, est une sorte de placement d'office. C'est aussi par là même un placement d'urgence ; nous ferons remarquer toutefois qu'il ne correspond pas entièrement à nos placements d'urgence ; en effet, le sujet n'est pas dirigé d'emblée sur un établissement d'aliénés proprement dit, et, d'autre part, l'ordre de placement n'est que temporaire. Ce sont là deux mesures heureuses en principe (nous ferons plus loin quelques réserves au sujet des workhouses). L'aliéné est confié par le juge, non au médecin de workhouse, mais au master (directeur administratif). Le médecin du workhouse n'a donc, en principe, à intervenir auprès de lui qu'à titre de malade général, comme à propos de tout autre habitant de la maison. Pour la certification

de l'état délirant, le juge peut s'adresser à tout médecin de son choix, auquel cas, en pratique, il choisit par roulement parmi les médecins de la région, ou du quartier. Le juge peut aussi s'en remettre au médecin du workhouse pour la certification de l'état mental. De toutes façons, le médecin du workhouse a le droit de s'opposer au maintien du supposé aliéné dans une partie quelconque de l'établissement, s'il ne le juge pas qualifié pour y séjourner.

L'article 20 permet donc à un supposé aliéné de demeurer trois jours dans une situation non définie, sur l'initiative soit d'un juge, soit d'un officier de police, soit encore d'un fonctionnaire hiérarchiquement inférieur (les officiers d'assistance et les inspecteurs des pauvres), et cela sans examen médical préalable, sans même un examen médical (du moins mental) immédiatement consécutif à l'admission. Cet individu se trouve ainsi détenu sans être prévenu d'aucun délit ni être qualifié aliéné officiellement, et cela sur un avis sommaire d'une personnalité modeste. Bien loin de condamner cette manière de faire, nous croyons qu'elle n'a donné lieu, strictement, à aucun abus, et nous la regardons comme une preuve de ce que la minutie dans la réglementation est inutile, là où la nature même des choses est peu favorable aux délits (et c'est le cas, malgré l'opinion commune, en matière de séquestration). Nous ferons remarquer toutefois qu'un dispositif aussi large n'existe pas dans la loi de 1838. — Nous trouvons dans cette dernière trois passages susceptibles très partiellement de comparaison avec l'article 20 du Lunacy Act. 1° En cas d'urgence, les directeurs des établissements publics peuvent recevoir un malade amené par un particulier, sans attendre l'arrivée du certificat médical d'envoi (art. 8). 2° Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les per-

sonnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre (1838, art. 24). 3° En cas de danger imminent, attesté *ou* par le certificat d'un médecin *ou* par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

#### V. — Placements immédiats par le juge.

Ce que peuvent faire, avant d'en référer au juge, l'officier de police, l'inspecteur des pauvres et l'officier d'assistance, il est évident que le juge pourra le faire, pour les mêmes raisons, s'il se trouve être personnellement et directement informé de la présence d'un aliéné errant, ou de tout autre malade susceptible d'être placé sans requête préalable, c'est-à-dire par ordre sommaire. Le juge, *sans convoquer de médecin*, fera diriger immédiatement le supposé aliéné au workhouse le plus proche. L'article 21 ne dit pas expressément que là devra avoir lieu, par ordre du juge, la *visite médicale* qui pour raison de célérité a été omise avant le placement ; mais nous savons qu'il en est ainsi dans la pratique. — Le placement immédiat tel que le définit cet article peut être ordonné par *tout juge* ayant juridiction à l'endroit où se trouve l'aliéné (et non pas seulement par celui des juges que désigne son tour de roulement pour les affaires d'aliénation).

Les termes appliqués à certaines situations de l'aliéné, « négligé, insuffisamment surveillé ou errant », pour-

raient très grammaticalement s'adapter à tout individu laissé libre de manifester, sous une forme quelconque, son aliénation ; de la sorte, l'officier d'assistance, l'inspecteur des pauvres et l'officier de police jouiraient de la même latitude que le commissaire de police français pour provoquer les placements d'office. Mais cette large interprétation serait contraire à l'esprit de la loi, les termes en question sont interprétés dans le sens étroit, et les manifestations pacifiques des aliénés non vagabonds ni miséreux ni délinquants doivent être, comme on le verra, abandonnées à elles-mêmes.

Nous ne pouvons quitter cette question des internements d'office sans esquisser en quelques lignes les deux modes de placement de l'Écosse. En Écosse, tous les placements durables sont pratiqués par le shériff (magistrat d'un rang plus élevé que n'est, dans l'Angleterre et le Pays de Galles, le juge appelé « Justice ») ; deux certificats de médecins sont exigés dans le cas d'un aliéné aisé, un seul dans le cas d'aliéné pauvre. Dans le cas d'urgence certifiée, un placement provisoire, valable trois jours, est opéré sans le concours du shériff, par la vertu d'un seul certificat médical (ce certificat peut même être signé, à la rigueur, par le médecin recep-teur), aucune autre pièce n'est exigée. Seulement, dans les trois jours, le placement doit être régularisé par l'intervention du shériff. — Les vices de forme n'entraînent pas la nullité d'emblée, un certain délai est donné pour les corriger. Les deux tiers des placements (70 p. 100) sont des classements provisoires. Aucun abus n'en est résulté. — Des malades ainsi placés, un certain nombre (1 p. 100) sont ressortis avant l'expiration des trois jours, mais cela en raison de la nature de l'accès qu'ils avaient présenté (à l'Infirmerie spéciale de Paris, sur environ 3.000 malades annuels, environ 600 sont remis en liberté dans un délai presque aussi bref).

En Écosse, la situation de fortune n'exerce (à part la nécessité de deux certificats) aucune influence sur la forme du placement. (Pour les statistiques, voir A. Foville, tableau p. 106.)

## VI. — Pensionnaires bénévoles.

La loi anglaise prévoit judicieusement le cas où des malades désirent eux-mêmes se voir admis dans un asile. Avant 1890, un supposé aliéné ne pouvait être admis, sur sa demande, que s'il avait été interné antérieurement. — La loi de 1890, article 229, demande le consentement préalable de deux commissionners in lunacy, ou tout au moins de deux juges de paix. — L'impétrant s'engage à demeurer dans l'asile une période déterminée; il peut être renvoyé par l'établissement moyennant préavis de vingt-quatre heures. — Fait important : ne sont pas admis à bénéficier de cette mesure ceux des aliénés qui seraient « certifiables », c'est-à-dire susceptibles d'être internés par les voies ordinaires.

Le professeur R. Percy Smith (1) a publié une liste de cas cliniques ayant demandé, au célèbre asile de Bethlem, leur admission. Il a montré que les dispositifs ci-dessus indiqués n'étaient pas tous heureux, que l'admission de volontaires devait être, par tous les moyens, facilitée et accélérée, que tous les retardements étaient extrêmement préjudiciables, et que toutes facilités devaient être données pour transformer, dans le cas d'aggravation, le placement volontaire en placement d'office. — A l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, nous voyons fréquemment des malades ni simulateurs ni paresseux, demander à un agent de police

---

(1) R. Percy Smith. Voluntary Boarders in English Asylums. *Journal of mental Science*. Janvier 1896.



leur internement (et surtout réinternement) ; leur état même interdirait, à la plupart d'entre eux, soit de rédiger une pétition, soit d'en attendre les résultats. — (Comparer l'article 16 du projet de 1907).

### **Aliénés du Lord Chancellor.**

Il existe une catégorie d'aliénés déclarés tels par une procédure toute spéciale, comparable dans la forme à notre procédure en interdiction, mais d'une portée beaucoup plus grave puisque la liberté de la personne en dépend. (Lord Chancellors lunatics ; Lunatics so found by Inquisition.) Les aliénés auxquels cette procédure s'applique le doivent à leur fortune seulement, et non à des raisons cliniques, ni d'ordre public. Leur nombre est restreint (environ 1.000). Sur ce total, un tiers vivent surveillés en liberté ; les deux autres tiers vivent internés dans les conditions ordinaires. Ceux qui restent en liberté peuvent être internés d'un moment à l'autre, sans formalité nouvelle, par une décision du tuteur qui leur a été désigné ; et cela, pendant un an après le prononcé du jugement ; délai passé lequel une nouvelle visite médicale est nécessaire.

Tout est curieux dans ce mécanisme. Il a pour rouages deux juges spéciaux appelés maîtres en aliénation (Masters in Lunacy), que préside un juge en aliénation (Judge in Lunacy), trois inspecteurs appelés Visitors, et un jury d'au moins onze personnes. Deux des visitors doivent être médecins, le troisième est juriste.

Voici maintenant la marche des choses :

Toute personne justifiant de sa demande peut provoquer une enquête du judge in lunacy (au dossier figurent généralement des certificats médicaux) ; le judge constitue un jury. Le supposé aliéné a le droit de réclamer la constitution de ce jury, il a le droit aussi de re-

tirer sa demande (art. 90). Le judge peut rejeter cette même demande s'il n'estime pas que le supposé aliéné soit compétent pour la formuler ; il fixe au supposé aliéné un rendez-vous. Les masters examinent le sujet personnellement, et recueillent des témoignages sous serment (art. 92). La décision des masters peut dispenser du reste de la procédure, c'est-à-dire de l'intervention du jury (art. 95). La comparution du supposé aliéné n'est pas nécessaire, mais dans le cas de son absence l'intervention du jury devient obligatoire (art. 96). Une formalité de plus, théoriquement possible, mais rarement employée, consiste à saisir du cas une des Chambres suprêmes de la Cour (art. 94).

Une règle curieuse est tracée, relativement aux témoignages. « Aucun témoignage concernant des actes ou des paroles du supposé aliéné remontant à plus de deux ans, ou concernant sa conduite et son état d'esprit à aucune époque remontant à plus de deux ans, ne doit être, en principe, admis (art. 98). »

L'aréopage ci-dessus décrit doit décider si le sujet est malade d'esprit *et* incapable de diriger sa personne *ou* ses affaires.

Si le sujet est capable de se conduire, mais non de diriger ses affaires, et s'il ne semble pas dangereux, ce point *peut* (may) être jugé et certifié à part.

On nomme au sujet deux tuteurs, l'un pour la personne, l'autre pour les biens. Les visitors se rendent auprès de lui à dates déterminées. A toutes dates durant un délai de un an, le tuteur à la personne ou l'un des masters, peuvent donc opérer son placement. Il n'est en somme en liberté que sous condition.

Cette procédure occasionne des frais très élevés. En outre les visitors font souvent double emploi avec les commissionners (voyages, etc.).

L'institution même de l'inquisition paraît appelée à

disparaître tôt ou tard. Un article de la loi de 1890 porte que le Lord Chancelier pourra à son gré, s'il le juge bon, fusionner les deux corps des visitors et des commissionners.

Une telle institution ne peut s'expliquer que génétiquement. Celle-ci remonte, paraît-il, à l'an 1314. Les aliénés appelés aujourd'hui Aliénés du Lord Chancelier étaient alors Aliénés du Roi. Le souverain s'attribuait la gestion de leur fortune (et même, dans le cas d'imbécillité congénitale, faisait don de cette agréable gestion à quelque personne favorisée). Le but de cette mesure semble avoir été d'éviter la désagrégation des grands fiefs sur lesquels s'appuyait la couronne.

Suivant Foville, les fortunes moyennes étaient, dans le cas d'internement de leurs titulaires, insuffisamment protégées, vers 1880 ; les clauses dites de Shaftesbury (août 1862) étaient restées inappliquées. Nous ne savons si la loi de 1890 a fait réaliser des progrès dans ce domaine.

L'intervention du juge à l'origine même du placement est un trait capital de la loi anglaise. Elle est aussi un des principes de notre projet de réforme de 1907. Il n'est donc pas inutile de citer quelques-uns des inconvénients qui ont résulté, soit logiquement, soit indirectement, de la nécessité de recourir au juge. Nous en trouverons quelques exemples dans un article du professeur Percy Smith (1).

Lorsqu'il s'agissait de faire examiner par le juge une demande d'internement, nombre de fois il ne s'est trouvé dans la commune ni juge de paix ni magistrat ; cette impossibilité se prolongeait durant des jours (va-

---

(1) R. Percy Smith. Defects in the Working of the Lunacy Act. *Journal of mental Science* Janvier 1891.

cances), des magistrats refusaient de s'occuper de la pétition, étant actuellement occupés par des fonctions judiciaires, et ne fixaient pas de terme pour l'examen de la pétition; d'autres renvoyaient sans raison à d'autres magistrats; des listes de roulement ont été publiées onze jours après leur entrée en vigueur, les circonscriptions étaient mal déterminées, les pouvoirs de juge étaient expirés (à cet égard) et il signait néanmoins, d'où nullité. D'autres fois le malade ayant été déjà par urgence conduit et admis à l'asile, c'est la régularisation du placement qu'il est impossible d'obtenir en sept jours : un maniaque, une puerpérale, un agité, avec tendance au suicide et fièvre, ou attendent, ou sont inutilement promenés, ou risquent d'être rejetés à la rue (art. 6).

La visite du juge à des malades mélancoliques ou persécutés jette ceux-ci dans l'angoisse; l'un se croit déclaré indigent, l'autre condamné, etc., résultats presque inévitables, partout où s'ébauchent des idées d'indignité et de ruine (art. 6).

Même résultat, lorsque la visite réglementaire du juge est proposée à l'interné d'urgence (art. 8). Une autre fois, le juge annoncé ne venant pas pendant des semaines, le malade se croit séquestré arbitrairement. La notification par écrit faite à l'aliéné, de son droit de voir le juge, ajoute inutilement à la paperasserie. Les entrevues avec le juge troublent le repos d'esprit du malade.

Des juges, rejetant la pétition en vue d'internement, ont négligé de donner aucun motif (art. 7).

D'autres juges ont exigé, par analogie avec d'autres situations d'ordre juridique, des formalités non prescrites, telles que comparution des médecins signataires et prestation de serment par eux, recommencement de la pétition pour qu'elle soit écrite par un clerc, refus de la signer parce qu'elle contient des ratures, versement

de droits, etc., sans compter les diverses erreurs de rédactions dans diverses pièces dues au juge, et arrêtant toute une procédure.

Le nombre insuffisant des juges de paix désignés (art. 10) a failli obliger le professeur S... à renvoyer un délirant dyspnéique, fébrile et en imminence de trachéotomie.

Des incuries, lubies ou phobies, de la part des autorités judiciaires, ont ainsi causé des randonnées de malades, de familles ou de médecins, tristes, mais en même temps si burlesques qu'elles mériteraient d'être communiquées, pour utilisation littéraire, à quelque philosophe humoriste (Voir anecdotes, *in* R. Percy Smith).

Certes ces erreurs d'application sont personnelles et contingentes ; elles n'en étaient pas moins, dans leur ensemble, fatales. Elles montrent le danger de multiplier les rouages, sous forme de personnes ou de pape-rasses, lorsque ces rouages sont destinés à fonctionner à l'improviste, et que par la moindre hésitation ils créent des situations intenable.

(N. B. — Les faits en question ont été rapportés en 1890 ; ils datent des premiers temps d'application de la loi ; les amendements de 1891 ont pu modifier la marche des choses. Nous manquons de renseignements imprimés sur ce point).

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1908

**Présidence de M. SÉGLAS.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, de Clérambault, Dupouy, Girand, Juquelier, Perpère, Philippe, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Levassort, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2° Une lettre de M. Mariani (de Turin), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Toulouse, Sémelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le fascicule VII, n° 3, des *Annales de médecine de la Faculté de Tokio* ;

2° Le journal *Les Archives de médecine et de chirurgie spéciales*.

*Nomination du Comité français d'organisation de la Section de psychiatrie du Congrès international de médecine de Budapest.*

M. le président fait part à la Société d'une proposition tendant à la nomination d'un Comité français d'organisation de la Section de psychiatrie du Congrès international de médecine de Budapest, et propose une

liste comprenant les anciens présidents de la Société, les membres du Bureau actuel, les professeurs de psychiatrie des diverses Facultés, enfin le président du Congrès annuel des médecins aliénistes de 1908.

Anciens présidents de la Société médico-psychologique : MM. Motet, Magnan, Joffroy, Voisin, Charpentier, Gilbert Ballet, Brunet, Vallon, Marcel Briand, Deny.

Membres du bureau de la Société médico-psychologique en 1908 : MM. Séglas, président ; Legras, vice-président ; Ritti, secrétaire général ; Dupain et Vigoureux, secrétaires des séances ; Pactet, trésorier-archiviste.

Les professeurs de psychiatrie dans les Facultés : MM. Mairet, à Montpellier ; Pâris, à Nancy ; Pierret, à Lyon ; Raviart, à Lille ; Régis, à Bordeaux ; Rémond à Toulouse.

Président du Congrès des médecins-aliénistes : M. Cullerre.

Cette liste mise aux voix est adoptée.

### *Rapports de candidature.*

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Colin, Vallon, Chaslin, rapporteur, pour examiner les titres de M. le Dr Otto Ranke, assistant à la clinique psychiatrique de Heidelberg, qui désire faire partie de notre Société comme membre correspondant étranger.

M. Ranke s'est occupé surtout de l'anatomie pathologique du cerveau de l'enfant et de recherches anthropométriques, comme le montrent les mémoires qu'il nous a adressés à l'appui de sa candidature. Voici un aperçu rapide du résultat de ces travaux.

M. Ranke a eu l'occasion d'examiner un cerveau (1) de nouveau-né, mort au bout de vingt jours et venu avant terme, qui avait présenté de la microcéphalie avec

---

(1) Ueber eine besondere Form von Entwicklungshemmung der Grosshirnrinde. Communication à la réunion de la Société des psychiatres bavarois à Munich les 13 et 14 juin 1906. Separat-abdruck aus der *Zeitschrift für Psychiatrie*, usw. Bd LXII.

contractures des deux côtés du corps. Ce cerveau avait subi un arrêt de développement qui lui conservait en partie l'apparence que l'auteur appelle *Status corticis verrucosus simplex sive Retzii*, c'est-à-dire état verruqueux simple de Retzius. Mais à cet arrêt s'étaient ajoutés un développement pathologique dans le même sens et enfin une tentative de formation de circonvolutions en quelques points. Si bien que le nom qui convient à cet état est celui de *status corticis verrucosus deformatis*. La conclusion finale est que cette malformation doit probablement être mise sur le compte d'un développement anormal de l'écorce, par troubles nutritifs d'origine d'ailleurs inconnue, amenant une prolifération trop forte et durant trop longtemps des éléments constitutifs de l'écorce sous la forme générale maintenue de l'état verruqueux simple.

Un cerveau d'idiot de neuf ans et demi (1) a permis à M. Ranke de séparer dans le vaste domaine des encéphalopathies infantiles, si obscur encore, une forme particulière qu'il appelle *angiodystrophie cérébrale*. Les vaisseaux étaient primitivement malades, et ont amené ensuite une altération du tissu nerveux. Il y aurait une analogie avec les processus de l'artério-sclérose.

Dans un travail sur le cerveau des nouveau-nés syphilitiques (2), notre auteur a pu mettre en relief bien des points intéressants qu'il serait trop long de vous exposer ici. Je noterai seulement qu'il est un des premiers à avoir trouvé le spirochète pâle dans les cerveaux des hérédo-syphilitiques. Il donne des figures dans son mémoire où l'on voit les spirilles spécifiques en quantité considérable dans les vaisseaux et autour d'eux. On saisit bien que le transport du parasite s'opère par les vaisseaux d'où il sort pour aller attaquer le tissu nerveux après avoir infiltré la paroi vasculaire.

La Faculté de médecine de Kiel avait donné en

(1) Ueber eine zu « Idiotie » führende Erkrankung (Angiodystrophia cerebri), Sonderabdruck aus der *Zeitschrift für die Erf. u. Beh. des jugendl. Schwachsinn.* I<sup>er</sup> Bd., 1906.

(2) Ueber Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener, Separat-abdruck aus *Neurologisches Centralblatt*, 1907, nos 3 u. 4.



1902-1903 comme question de concours les rapports de l'accroissement de la tête de l'enfant avec celui du restant du corps. On devait d'après de nombreuses mesures anthropométriques pouvoir dépister l'hydrocéphalie commençante. Les recherches faites par l'auteur à cette occasion (1) mirent en lumière un certain nombre de résultats divers. D'abord les méthodes de recherche employées ne permettent pas de réponse à la question posée; on ne peut dépister l'hydrocéphalie commençante. Il faudrait employer des procédés un peu différents, et peut-être alors arriverait-on au but. Une remarque importante a pu être faite par M. Ranke: c'est que très souvent à sept ans, peut-être à six même, la forme de la tête est définitivement fixée. Enfin, M. Ranke a montré, comme l'ont fait ici Binet et Simon, qu'il n'y a pas de rapport entre la grosseur de la tête et le développement intellectuel.

Ces travaux, déjà intéressants, nous font espérer que M. Ranke continuera à cultiver avec fruit le terrain encore assez inculte que nous offre l'anatomie pathologique fine de l'idiotie et les anomalies craniennes. Votre Commission vous propose donc d'admettre parmi nous ce distingué confrère allemand.

M. Otto Ranke est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

M. KÉRAVAL. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission composée de MM. Magnan, Ritti et Kéramal, rapporteur, vous présenter le rapport sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. A. Huebner, privat docent à l'Université de Bonn. Les travaux de M. Huebner sont des plus intéressants.

Dans sa thèse inaugurale de doctorat, soutenue à Wurzburg sous la présidence du professeur Ponfick, il étudie, en 1902, la *Tuberculose primitive des trompes utérines*. Il établit que lorsqu'il y a infection concomitante de gonorrhée et de tuberculose, les bacilles tu-

---

(1) Anthropometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Sonderabdruck aus *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege*, XVIII Jahrgang, 1905.

berculeux montent d'emblée dans ces organes avec les premières poussées de gonocoques et non pas lorsque le stade aigu de gonorrhée est terminé. La tuberculose primitive des trompes se produit donc exclusivement par l'ascension de bacilles.

Tout aussi attachant est son mémoire intitulé: *Contribution à la question de la syphilis dans le tabes et la paralysie générale* (Neurolog. Centralblatt, n° 6, 1906). Pour lui le tabes et la paralysie générale se montrent chez les prostituées bien plus fréquents que chez les autres femmes. La stérilité ou le grand nombre des avortements ou encore la succession d'avortements et d'accouchements, sans constituer un signe absolu de syphilis antérieure, éveillent l'attention du clinicien; ils l'incitent à rechercher dans les commémoratifs ou l'examen objectif du sujet, l'existence de l'infection. Trouve-t-il, par exemple, un, ou mieux, quelques signes qui par eux-mêmes ne sont pas absolument démonstratifs (adénopathie, décoloration cutanée), ceux-ci, de concert avec la stérilité, transforment le soupçon de syphilis en quasi-certitude. L'auteur montre, à ce propos, le rôle de la syphilis dans la genèse du tabes et de la paralysie générale en deux familles, ainsi que chez une imbécile.

Il nie dans un travail complémentaire (*Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse*. Berlin. Klin. Wochenschrift, n° 45, 1906) qu'il soit nécessaire d'admettre cette théorie, parce que rien ne peut suivant lui, expliquer pourquoi certains individus, sont tardivement frappés par une affection post-syphilitique.

M. Huebner a approfondi la question de la *Dilatation des pupilles sous l'influence des stimuli psychiques et sensibles et les réactions pupillaires* (Archiv. f. Psychiatrie, XLI. 3. 1906). Il a même inventé un appareil électrique ingénieux propre à l'examen des pupilles (Monatsschr. f. Psychiatrie, XXII, 1, 1907).

Nous en extrayons les éléments suivants :

Dans les affections organiques du cerveau trahissant des troubles du réflexe lumineux, notamment dans le tabes, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la démence sénile, il n'est pas rare que l'on ne trouve plus les fines oscillations iriennes à une période où l'on

hésite à tenir pour pathologique le mode de contraction des pupilles à la lumière. Or, dans les cas où il existe de l'inégalité pupillaire, on constate que l'iris qui ne manifeste plus les alternances de sa contractilité désignées sous le nom d'agitation pupillaire, se contracte plus lentement ou moins activement que l'autre.

Dans la démence précoce et chez beaucoup d'imbéciles les oscillations iriennes font également défaut sans que le réflexe lumineux soit simultanément troublé. L'examen de l'iris à la loupe montre que chez le paralytique ainsi atteint, le bord irien demeure tout à fait inerte, tandis que chez l'hébéphrénique privé à la fois d'agitation pupillaire, de réaction psychique et sensible irienne, on retrouve çà et là quelques petites oscillations qui peuvent être considérées comme les indices des réflexes lumineux puisqu'elles se rattachent en somme, à de faibles rotations de la tête ou des globes oculaires.

L'absence d'agitation pupillaire et de réaction sensible, associée à la conservation du réflexe lumineux et à la contraction rapide à la convergence, plaide en faveur de la démence précoce; si le malade qui a perdu l'agitation irienne a conservé le réflexe lumineux et la réaction pupillaire à la sensibilité, il y a lieu de soupçonner une affection organique du cerveau (tabes, paralysie générale, syphilis).

Parlerons-nous des *Etudes cliniques sur la mélancolie* (Archiv f. Psychiatrie, 43, 2, 1907), dans lesquelles M. Huebner tend, avec M. A. Westphal, à faire un groupe à part des cas de manie et de mélancolie isolées, de ses présentations de pièces anatomiques et histologiques concernant la parésie du sciatique poplité externe et du radial des deux côtés chez une paralytique générale, le tabes avec gommages de la fosse postérieure du crâne, la paralysie générale accompagnée de gommages de la substance cérébrale (*Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LXIII, 1907), enfin de son étude du *Symptôme d'Abadie chez les aliénés* (Centralb. f. Nervenheilk., n° 243, 1907)? A cet égard M. Huebner ne croit pas que l'*analgésie du tendon d'Achille* puisse à elle seule permettre de poser le diagnostic entre une affection fonctionnelle et la paralysie générale ou le tabes parce que

cette analgésie est subordonnée aux indications subjectives du patient et que, d'ailleurs, ce n'est pas un symptôme précoce fréquent de ces maladies organiques.

Nous terminerons par le mémoire de l'auteur sur le *Traitement pénal des prostituées* (Monatssch. f. Kriminalpsychologie und Strafsrechtsreform).

Le psychiatre, à son avis, ne peut que se rallier à ceux qui demandent de ne punir les prostituées que quand elles se soustraient à l'examen médical et quand elles commettent des délits de droit commun. Il y a, parmi les prostituées, tant de sujets affectés de lacunes mentales qu'il est vraiment injuste de les soumettre à des mesures restrictives de leur liberté individuelle qu'on n'oserait édicter contre personne.

Votre Commission propose donc à la Société de s'attacher un médecin aussi distingué que l'est M. Huebner.

M. Huebner est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

**Idées délirantes hypocondriaques relatives au tube digestif, chez un malade en état d'involution démentielle, atteint d'un cancer de l'estomac,**

par M. MAURICE MIGNARD, interne de l'Asile de Villejuif.

Dans la très longue histoire de l'hypocondrie, les théories pathogéniques proposées ont, en somme, assez peu varié. Elles se ramènent presque toutes à deux principales : une théorie de l'origine cérébrale ou intellectuelle, selon le langage des auteurs, et une théorie de l'origine périphérique, organique, humorale, coenesthésique de ces idées.

A plusieurs reprises, l'anatomie pathologique a donné des arguments à l'une ou l'autre de ces théories, cependant que se développait et se compliquait la notion clinique des délires hypocondriaques.

Bonnet, en 1679 (*Sepulchretum*), donne quelques observations concernant une « tumeur squirrheuse, trouvée dans le ventre d'une mélancolique, qui croyait

y porter une grenouille vivante », et « chez une mélancolique » .. « les glandes du mésentère et de l'épiploon squirrheuses et indurées, ainsi qu'une tumeur squirrheuse chez le même individu », cité dans la *Thèse* de Lévy, 1907.

On connaît l'histoire de la « mère Concile » d'Esquirol, et de sa lésion chronique de l'intestin. Esquirol constata aussi la présence d'un ulcère de l'œsophage chez un mélancolique qui s'imaginait avoir un corps étranger arrêté dans le gosier, des péritonites chroniques chez des malades qui pensaient avoir des animaux dans le ventre.

Baillarger, en 1860, apporte une nouvelle conception : certaines formes d'hypocondrie seraient symptomatiques de paralysie générale. « Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués... qu'ils n'ont plus de bouche, qu'ils n'ont plus de ventre, qu'ils n'ont plus de sang, ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, leur ventre barré. »

Cotard reprend et systématise, en la développant, la notion de ce délire qui, loin de se trouver uniquement chez les paralytiques généraux, succède très souvent à la mélancolie anxieuse. Il en tire son délire systématisé de négation et d'obstruction d'organes, auquel M. Séglas admet une base coenesthésique en même temps qu'une explication psycho-motrice. Cotard admet que les idées hypocondriaques se rencontrent souvent chez les déments séniles.

Au Congrès de Blois, 1892, M. Camuset dit, à propos des idées de négation, qu'« ..... on les rencontre principalement dans les états anxieux et dans les folies séniles avec dépression ».

Pour ne parler que des communications et publications récentes concernant ce sujet, M. Paul Castin présente, le 26 mars 1900, à la Société médico-psychologique, l'observation d'une malade qui développa un délire hypocondriaque progressivement systématique jusqu'à sa mort. Elle eut une période d'hypocondrie des négations à syndrome de Cotard. On trouva à l'autopsie un kyste de l'ovaire, un utérus kystique et une affection cardiaque. En 1904, le D<sup>r</sup> Pasturel décrit un cas de

vésanie accompagnant un cas de pyélo-néphrite suppurée. La malade avait des idées de négation et d'obstruction d'organes. Au mois de novembre de la même année, MM. Marie et Viollet présentent un cas d'idées délirantes de négation avec conceptions intermédiaires entre les idées mélancoliques et les idées de persécution chez un sujet dont le cœur était hypertrophié. Le 29 mai 1905, MM. Vigouroux et Collet donnent deux observations d'hypocondrie avec lésions organiques latentes. La première concernait un lymphome tuberculeux avec lésions tuberculenses méningées. La seconde, un épithélioma de la petite courbure de l'estomac, chez un malade qui avait présenté des idées de négation. Il y avait quelques lésions discrètes des cellules de l'écorce cérébrale.

Au Congrès de Rennes, M. Roy a défendu l'origine somatique du délire hypocondriaque. Le 26 mars 1906, M. Régis montre un délire d'obstruction et de négation en relation de caractère et de localisation avec de l'ectasie aortique chez un artérioscléreux.

M. Picqué, dans un article de la *Revue de Psychiatrie*, 1906, offre de nombreux exemples de ce délire, guéris ou atténués par des interventions chirurgicales. Il met en garde contre la tendance exclusive que l'on pourrait avoir à trop compter sur ces procédés, en ne tenant pas assez compte de l'état cérébral du malade.

D'autre part, la thèse de Lévy, 1907 (*Délire de zoopathie interne*), nous apporte d'intéressantes observations (Charcelay, 1840; Dupré et Lévy, 1904, etc...) de délires de possession par des animaux dus à des troubles de la coenesthésie, survenant presque toujours chez des débilés. M. Dupré s'est, à plusieurs reprises, occupé de cette question qui se rattache à la discussion de l'origine organique de l'hypocondrie.

L'observation suivante peut apporter quelques documents dans cette discussion :

B... est entré à l'asile de Villejuif, dans le service du Dr Pactet, le 16 janvier 1906, à l'âge de soixante et un ans. Un état pathologique caractérisé surtout par des craintes non motivées, de l'insomnie, du tremblement, avait fait porter le diagnostic d'alcoolisme chronique. A Sainte-Anne, il aurait eu

une crise hallucinatoire où paraissent avoir dominé les idées de frayeur.

Vers la fin du mois de janvier, les idées hypocondriaques apparaissent. Au mois de juillet de la même année, il « est atteint d'affaiblissement intellectuel avec idées de persécution, et idées hypocondriaques... » (Extrait d'un certificat du D<sup>r</sup> Pactet). Il a traversé plusieurs périodes d'excitation, notamment au mois d'août 1906. On dut l'aliter au mois de juin 1907.

Le malade paraissait alternativement déprimé, gémissant et anxieux. Sa physionomie exprimait la souffrance. La face était pâle, les traits tirés. Ses plaintes, monotones, s'entrecoupaient de cris. Il s'occupa d'abord tout spécialement de ses digestions, il fallait le purger; il n'allait pas souvent à la selle, puis il déclara qu'il y avait quinze jours, un mois, deux mois qu'il n'y allait point. Sa digestion ne se faisait pas.

Il arriva rapidement à admettre qu'il ne mangeait plus : « Je ne mange pas, il y a quinze jours que je n'ai rien mangé. » Si on le contredisait au moment de son repas, il se fâchait et niait l'évidence. Peu à peu s'affirment des idées de plus en plus délirantes. Il est très malade, tous ses organes sont morts; sa moustache est morte, il n'y a que les poumons qui vivent un peu et le cœur qui bat encore. Mais tout le reste est mort, les jambes sont mortes, les intestins sont troués, la nourriture qu'on lui fait prendre ne peut donc pas passer.

Il porte la main à son larynx : « Vous voyez bien que je ne peux pas manger, j'ai le gosier démoli, c'est une croûte que j'ai avalée et qui s'est mise en travers. » Il est à noter que ses préoccupations ont porté toujours presque exclusivement sur les fonctions digestives.

Par moment, il prenait des attitudes théâtrales et accompagnait ses lamentations d'une gesticulation emphatique. Il affectait une hyperesthésie extrême et poussait de véritables hurlements à l'idée d'un contact quelconque, cependant qu'il supportait d'assez fortes pressions lorsque son attention était détournée.

En l'interrogeant, on arrivait à mettre de nouveau en lumière quelques interprétations hostiles à son entourage. C'est parce que des gardiens l'ont maltraité qu'il est ainsi malade. Mais aussitôt il recommença ses plaintes habituelles.

Les idées de négation qu'il a présentées étaient trop fugaces et trop mal systématisées pour qu'on puisse, à proprement parler, affirmer l'existence d'un syndrome de Cotard. Ces idées, en effet, étaient assez mobiles dans leur monotonie. Un jour il déclarait qu'il était mort, mort depuis longtemps, et qu'on devait l'enterrer; le lendemain il se plaignait de ne pouvoir plus subir une pareille existence. Ce délire était très ana-

logue au délire négateur hypocondriaque des paralytiques généraux.

On peut voir, d'après le peu de cohérence de ces idées et la pauvreté du délire, que le malade était très affaibli intellectuellement. Son niveau intellectuel était en effet très bas, et si l'on peut supposer chez lui une certaine débilité primitive, il fallait bien admettre cependant une marche lente et progressive vers la démence. Il était très difficile, d'ailleurs, d'attirer son attention sur un autre objet que celui de ses plaintes. Les sentiments étaient aussi profondément atteints. Il ne montrait pour personne qu'hostilité et indifférence.

On ne peut à aucun moment constater nul signe de paralysie générale. Pas de troubles notables des réflexes, pas d'embarras de la parole, pas de troubles des réactions pupillaires. Les renseignements apprirent que B... était depuis longtemps alcoolique.

L'état somatique était mauvais. Il amena lentement le malade à la cachexie terminale. Déjà maigre à son arrivée, son poids (64 kilogs) diminuait lentement. Il devint très pâle. Puis il prit une teinte terreuse. Il était généralement constipé. Il eut quelques débâcles diarrhéiques peu caractéristiques. Il ne présenta pas d'hématémèse ni de mélæna, il n'eut pas de fréquents vomissements. Le ventre était uniformément dur, difficile à palper à cause de la résistance qu'opposait le malade. L'examen de la région épigastrique ne put révéler de tumeur. Enfin, quoique son aspect cachectique et la forme de son délire eussent suscité l'hypothèse de la présence d'une tumeur cancéreuse ou de toute autre grave lésion organique, on ne put, du vivant du malade, recueillir aucune preuve de la présence d'un néoplasme.

Le malade est mort le 6 octobre 1907, à onze heures du matin, des progrès de sa cachexie.

L'autopsie est pratiquée le 7 octobre.

Tous les viscères sont pâles, exsangues. Le cœur est petit. Le péricarde contient quelques cuillerées d'un liquide citrin. Sur le bord externe du lobe inférieur du poumon gauche, un noyau adhérent à la paroi, de consistance grasseuse, infiltre la plèvre et le parenchyme.

Les reins sont durs, scléreux. La rate est petite. L'estomac légèrement dilaté laisse sentir à travers sa paroi une masse solide qu'il renferme. Il est incisé le long de la grande courbure, et l'on découvre, fixée à la petite courbure, un peu en arrière de la région pylorique, et faisant saillie dans l'estomac, une masse cancéreuse pédiculée divisée en plusieurs noyaux, dont la forme générale rappelle celle d'un chou-fleur, et dont le volume total est égal à celui d'une orange. La couleur de la



tumeur est grisâtre, sa consistance ligneuse. L'estomac était rempli d'une sérosité noirâtre.

Le cerveau a été conservé pour l'examen histologique ; son aspect macroscopique ne présentait rien d'anormal.

Poids : 1.232 grammes.

On peut relever, dans cette observation, les points suivants :

La réaction du malade vis-à-vis d'autrui et de lui-même, réaction aussi distincte de celles des mélancoliques que de celles des persécutés ;

L'involution de ses facultés mentales, involution que l'on peut rattacher au début de la sénilité et à son alcoolisme antérieur sans qu'on puisse invoquer la paralysie générale ;

La ressemblance de son délire avec le délire hypocondriaque des paralytiques généraux ;

La transformation progressive des idées de persécution ou plutôt de terreur mal définies que le malade présentait d'abord en idées hypocondriaques, et le développement de celles-ci, à mesure sans doute que se développait la tumeur ;

Le rapport de localisation entre l'objet des préoccupations du malade et la lésion dont il était réellement porteur ;

Le caractère négateur du délire dans une maladie organique et mentale incurable, qui s'est terminée par la démence et la cachexie ;

Les idées délirantes hypocondriaques paraissent donc ici avoir été l'interprétation de troubles de la sensibilité organique ou cœnesthésie, troubles provoqués par la présence d'une tumeur dans l'estomac du malade et la cachexie qui en est résultée.

Si, comme le veulent les partisans de la théorie cœnesthésique, le germe du délire doit être cherché dans des troubles de la sensibilité organique, il faut reconnaître, avec les partisans de la théorie intellectuelle ou cérébrale, que le terrain nécessaire à son éclosion était fourni par l'état mental du sujet — qui ne présente en somme que l'exagération du caractère habituel des malades chroniques.

Notons en passant l'absence de signes physiques et

fonctionnels (sauf la cachexie et la forme spéciale du délire), d'un cancer de l'estomac assez volumineux qui faisait saillie dans le voisinage de la région pylorique.

## DISCUSSION

M. VALLON confirme qu'il est fréquent de trouver associés l'hypocondrie et le cancer. Il rapporte un cas de cancer du larynx chez un professeur qui fut soigné pour des troubles hypocondriaques à un moment où l'examen laryngoscopique ne put mettre en évidence le cancer qui évolua par la suite. Le malade fut pendant des mois considéré comme un hypocondriaque *sine materia* et la suite de son histoire fit connaître que c'était manifestement un cancéreux. Ces cas ne sont pas isolés, et le cancer s'accompagne souvent au début d'un état de malaise moral confinant à l'hypocondrie.

M. BRIAND rapporte le cas d'une malade qui se croyait enceinte, prétendait accoucher toutes les nuits, et avait en réalité de la stase stercoraire. Une sensation anormale dans un organe peut, non pas créer, mais orienter un délire. M. Briand rappelle en outre les troubles psychiques qui accompagnent si fréquemment l'entérite muco-membraneuse.

M. VIGOUROUX rappelle l'observation si intéressante communiquée par M. Brissand au Congrès de Pau et citée dans le rapport de Roy au Congrès de Rennes.

M. GILBERT BALLET signale qu'il n'est pas rare de trouver dans la démence précoce des idées délirantes analogues. En outre, on sait combien sont fréquents les troubles psychiques dans les affections des organes génito-urinaires, et en particulier dans la blennorrhagie chronique.

M. ARNAUD fait remarquer qu'il s'agit de deux cas différents :

1° Celui d'un aliéné qui adapte ses idées délirantes à ses sensations organiques ;

2° Celui d'un sujet qui n'est pas un aliéné et qui deviendrait aliéné et délirant à la suite et en conséquence d'une lésion organique. M. Arnaud estime qu'en cherchant bien, on trouvera toujours un état mental particulier antérieur aux troubles organiques.

M. DUPRÉ est d'avis que c'est, en effet, la prédisposition qui est cause des réactions pathologiques des sujets, et que c'est le choc des circonstances qui fait éclater la prédisposition. Une poudrière vient à sauter sous l'influence d'une allumette, peut-on nier qu'avant cette allumette la poudrière n'était pas prédisposée à sauter?

M. PICQUÉ estime qu'il existe une relation entre les affections des voies urinaires et certains accès mélancoliques, mais que le terrain psychopathique est indispensable à l'éclosion de ces délires.

### Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique,

par le D<sup>r</sup> LUCIEN PICQUÉ.

Parmi les délires systématisés chroniques, le délire zoopathique a toujours attiré l'attention des aliénistes et aussi celle des chirurgiens, qui à diverses époques ont pratiqué, dans le but de les guérir, des opérations simulées qui ont d'ailleurs dans tous les cas été suivies d'insuccès.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un fait de ce genre dans des circonstances particulièrement favorables.

Examiné par notre collègue Dupré, qui porta le diagnostic de délire systématisé chronique, cette malade subit sans succès un simulacre opératoire et fut déclarée incurable.

Le traitement chirurgical que j'ai appliqué chez elle, dans des conditions que j'indiquerai plus loin, a amené une guérison qui s'est maintenue depuis sept mois.

Aussi, à l'aide de ce fait qui constitue un véritable document expérimental, il m'a semblé intéressant de reprendre quelques-unes des opinions aujourd'hui acceptées sur la guérison de ces délires, leur évolution et leur traitement.

L'observation de cette malade a été insérée dans la thèse de M. Lévy, élève de M. Dupré. La voici résumée en quelques lignes :

OBSERVATION (rapportée dans la thèse de H. Lévy, Paris, 1906). — En raison des détails que nous donnons ultérieurement, nous la résumerons en quelques mots.

M<sup>me</sup> G..., cinquante-neuf ans, prétend avoir avalé une couleuvre à l'âge de dix-sept ans en buvant l'eau d'une mare, mais elle n'a été convaincue de l'existence de sa couleuvre qu'à l'âge de cinquante-trois ans, époque à laquelle celle-ci s'est portée sur l'estomac. La malade donne des détails très circonstanciés sur les mouvements de cette couleuvre. L'examen somtique a été pratiqué par M. Dupré. L'estomac a été examiné; les seuls renseignements fournis sont les suivants : il est peu ou pas dilaté, pas de succussion ni de clapotage.

Un simulacre d'extirpation est pratiqué par la voie vaginale. La malade se sent soulagée, mais au bout de quelques jours le délire a reparu.

Or, voici maintenant la deuxième partie de l'observation de M<sup>me</sup> G... (observation personnelle). (Elle a été rédigée à ma demande par M. Juquelier, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine.)

M<sup>me</sup> G..., soixante et un ans, entre le 26 juillet 1907 à l'hôpital Bichat, demandant à être débarrassée d'un serpent gros comme le bras qui a élu depuis de longues années domicile dans son abdomen. Cette malade, qui paraît très préoccupée de la présence de cet étrange parasite et très désireuse d'en être débarrassée, raconte de nouveau son histoire. Vers l'âge de dix-sept ans, un jour qu'étant aux champs elle avait très soif, elle but de l'eau d'une mare et fut quelque peu incommodée. Elle n'attacha pas d'importance à cette indisposition. Mais depuis quelques années, elle se rend bien compte, dit-elle, que c'est ce jour-là qu'elle a dû avaler une couleuvre, alors toute petite, et qui depuis a pris des proportions considérables. Ce point ne fait aucun doute dans son esprit. Tant qu'elle n'a pas été volumineuse, la couleuvre n'a pas révélé sa présence. Mais il y a quelques années, M<sup>me</sup> G... a commencé à en être très gênée. Elle sent que l'animal se meut dans les voies digestives et ses mouvements provoquent une sensation de frémissement continu et très désagréable. Ils augmentent quand la couleuvre a faim et, pour avoir quelque répit, M<sup>me</sup> G... est obligée « de manger pour deux ». Encore doit-elle choisir des aliments qui plaisent à sa pensionnaire, et elle est obligée de faire la nuit un repas supplémentaire. Les sensations ainsi interprétées par la malade doivent être très pénibles, si l'on en juge par les plaintes énergiques accompagnant leur description.

Obligée de la soumettre dès la première nuit de son séjour à

Bichat au régime de l'hôpital, M<sup>me</sup> G..., qui n'a pu « nourrir son serpent », menace de quitter immédiatement l'hôpital et il est nécessaire de lui promettre une intervention rapide. Cependant il ne s'agit pas à proprement parler de douleurs, mais d'une sensation continuelle de frémissement que la malade cherche à imiter de la voix et du geste : « Ça bouge, ça fait frf... frf... », dit-elle en exécutant de petits mouvements rapides de la main ouverte. Elle dessine en outre sur la paroi abdominale la place occupée actuellement par le reptile. « Sa tête est ici. Voilà la plus grosse partie de son corps. Quelquefois elle remonte jusque-là, etc. » Cette idée délirante est unique, mais extraordinairement envahissante. La malade n'en est pour ainsi dire jamais distraite. Elle n'a pas d'hallucinations sensorielles et les troubles de la sensibilité générale sont localisés au siège supposé du serpent. Le délire, qui paraît avoir débuté aux environs de la ménopause, est arrivé très vite à l'état de systématisation et s'est cristallisé.

Il peut être résumé en quelques mots :

*Délire hypocondriaque systématisé portant sur l'interprétation des troubles de la sensibilité viscérale de l'appareil digestif.* Conviction délirante de la présence d'un serpent logé dans l'abdomen.

Il est à noter aussi qu'une opération simulée récente n'a eu aucun succès.

La malade, étendue sur une table, a été légèrement anesthésiée. A son réveil, on lui a montré une couleuvre apportée dans l'intention de lui suggérer l'idée d'une opération curative. Elle n'a pas été longtemps dupe de cette supercherie bien intentionnée et, les sensations morbides persistant, elle en a immédiatement inféré que la couleuvre était toujours logée dans son abdomen.

Peut-être légèrement débile, M<sup>me</sup> G... ne paraît pas avoir eu depuis qu'elle délire d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Elle possède une excellente mémoire, est parfaitement orientée. Malgré l'absurdité de la conviction initiale, ce délire est cohérent et témoigne d'une certaine activité des facultés d'association.

L'émotivité est profondément modifiée par le caractère pénible des convictions morbides et des sensations qui les entretiennent.

M<sup>me</sup> G... est uniquement préoccupée de sa couleuvre et des moyens de s'en débarrasser.

*Note de M. Picqué.* Quand cette malade s'est présentée à moi pour la première fois, elle m'a raconté l'histoire de sa couleuvre à peu près dans les termes qui ont été rapportés dans la thèse de Lévy. La présentation de la prétendue peau de cou-

leuvre a été faite par elle avec une mimique des plus curieuses. Elle a, devant les élèves de mon service, étalé les papiers et ouvert les boîtes qui contiennent ces fragments qui ne sont en réalité que des produits d'entérite muco-membraneuse. Elle a tenu à me les faire examiner à l'aide de la loupe qu'elle porte constamment sur elle et m'a fait des recommandations spéciales pour la mise au point. J'ai dû lui rappeler, qu'un médecin connaissait le maniement de la loupe. Il est une partie inédite de l'observation que je désire publier d'après les notes qui ont été prises par M. Lemarchal, interne du service de Bichat.

Pressée par moi de raconter devant mes élèves les détails de l'opération simulée à laquelle il est fait allusion dans la thèse de Lévy, la malade s'y refuse absolument. Or, elle prend à ce moment un air indigné et scandalisé. « Ce sont des choses trop laides, dit-elle. Non, ce sont des choses qu'on ne fait pas et qui ne peuvent se raconter. Comment vous me parlez de M. le Dr X... Oh ! non, ce n'est pas lui. M. X... est un brave homme, Je ne lui en veux pas : il a été mal conseillé. » En présence de cette obstination, je suis obligé de m'incliner, mais j'obtiens que la malade me fasse en particulier le récit du simulacre d'intervention :

« Après que M. Poirier m'avait envoyée à M. X..., celui-ci m'a fait venir plusieurs fois pour m'examiner. Croyez-vous, monsieur, me dit-elle d'un air un peu comique, qu'on m'a photographiée trois fois. Le photographe devait être un de ces charmeurs qui vendent des médicaments dans les foires. C'est lui qui m'a placé les mains comme elles sont sur la photographie. Le jour de l'opération il y avait six personnes qui attendaient. On les a toutes fait passer avant moi pour que tous les invités aient le temps d'arriver.

« Quand tous ont été là, il y en avait au moins vingt, on m'a fait venir.

« On m'a invité à me déshabiller, on m'a placée sur la table. Ils étaient quatre ou cinq à me tenir. »

A ce moment M<sup>me</sup> G... s'anime et déclare qu'on a usé de brutalité avec elle, ce qui est tout à fait inadmissible.

« J'ai bien vu la petite boîte dans laquelle était la couleuvre et qu'on a placée entre mes jambes. On a essayé de m'endormir, mais on n'a pu arriver. Aussi, j'ai fort bien vu tout. On m'a mis le spéculum. C'était le photographe ! Il ne savait pas se servir de cet instrument et m'a fait très mal. J'ai même saigné.

« Puis il m'a montré la couleuvre qu'il avait sorti de la boîte.

« Alors tout le monde est parti.

« Je suis restée toute seule. (Je tiens à faire remarquer

ensuite que toutes ces affirmations sont débitées avec colère et que j'ai pu m'assurer qu'elles étaient toutes erronées.) Je n'étais pas à mon aise : la tête me tournait. Personne ne s'est occupé de moi ; on ne m'a rien donné à prendre. Je me suis rhabillée seule. En sortant, je suis allée prendre quelque chose dans un restaurant, puis je suis rentrée chez moi par l'omnibus.

« En rentrant, je me suis couchée et j'ai gardé le lit pendant trois semaines. M. le Dr X... m'a envoyé un de ses élèves qui m'a reproché de n'être pas venue le voir pour le remercier. Je lui ai dit : « Dites à M. X... que je ne lui en veux pas, que c'est un homme très gentil, mais que je n'ai pas à le remercier puisqu'il ne m'a pas guérie. »

Pour résumer cette partie de l'observation, je ferai remarquer que le simulacre opératoire (manœuvre très légitime et qui a souvent été pratiquée depuis à Paris par d'éminents chirurgiens) a non seulement donné un insuccès complet, mais qu'il a provoqué chez la malade une animosité extrême vis-à-vis de l'entourage de notre collègue, qui se traduit par des violences de langage et de véritables mensonges.

Dès son entrée à l'hôpital Bichat, j'ai pratiqué chez cette malade un examen viscéral complet, mais je me suis appliqué plus particulièrement à l'étude de l'estomac.

Les diverses opérations nécessitées pour l'étude du chimisme stomacal ont été pratiquées au pavillon de chirurgie.

Voici la note qui m'a été remise par M. Marre, chef du laboratoire des recherches chimiques, annexé à mon service :

Lavage à l'eau distillée.

Repas d'épreuve :  $H^2O$ , 250 c<sup>3</sup>; pain, 150 grammes.

Extraction par pompage après une heure.

Rétention alimentaire : fibres musculaires, substances albuminoïdes.

Aspect : bouillie foncée grumeleuse.

Odeur : acétique faiblement ammoniacale.

Filtration : rapide.

HCl libre : présence (Gunsbourg).

Peptone : présence.

Acide gras : 0.

Acide de ferment : lactique, traces ; butyrique, traces ; acétique, traces.

A, acidité totale : 0,201.

H HCl libre : 0,051.

C HCl, combiné organique : 0,257.

H + C, chlorhydrie totale : 0,221.

A — H, acidité fixe : 0,150.

T, chlore total : 0,317.

F, chlore min. fixe : 0,1081.

$$\text{Rapport } \frac{A - H}{C} = 0,58.$$

$$\text{Rapport } \frac{T}{F} = 2,92.$$

Rétention alimentaire.

Hyperacidité et hyperchlorhydrie légère.

Bien que l'hyperchlorhydrie soit légère, je me décidai, pour des raisons que j'indiquerai longuement dans une autre partie de ce travail, à pratiquer la résection du pylore.

En raison de l'évacuation de mon service de Bichat, je fis entrer cette malade chez les Dames Augustines de la rue Oudinot où nous pratiquâmes cette intervention le 1<sup>er</sup> août 1907, avec l'assistance de M. Grégoire, prosecteur à la Faculté, de M. Charles Liné, mon ancien interne, et de M. Lemarchal, interne du service de Bichat.

Incision médiane sus-ombilicale depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic et un peu au-dessous. Le péritoine est incisé et l'on est obligé de repousser et d'écarter en haut et à droite le côté gauche du foie qui semble légèrement abaissé. L'examen de la face antérieure de l'estomac, du pylore et de la première portion du duodénum, ne dénote rien de remarquable.

L'estomac semble avoir des dimensions normales. L'exploration de la face postérieure est aussi négative.

L'exploration du calibre pylorique fait constater cependant qu'il existe un état de contracture nette de la musculature pylorique, en sorte qu'il est difficile au doigt déprimant la paroi antérieure du vestibule de pénétrer à travers l'orifice pylorique.

Malgré l'absence presque absolue de constatation anatomo-pathologique, pour des raisons qui seront marquées plus bas, l'ablation du segment pylorique de l'estomac est pratiquée. Section du duodénum au niveau de sa portion mobile à un demi-centimètre environ du pylore; section de l'estomac à l'union de la grosse tubérosité et du vestibule pylorique. La tranche pylorique est aussi fermée par deux rangs de suture superposées à la soie fine.

L'estomac est alors mobilisé en dedans et approché de la tranche duodénale. Sur la face postérieure de l'estomac on fait une incision verticale de 3 centimètres de longueur environ.

A cette incision est fixé et abouché l'orifice de la tranche duodénale. En somme, gastro-entérostomie par le procédé de Kocher, sans incident.

Suture de la paroi à deux plans. Soie sur les muscles puis sur la peau. Pas de drainage.

Les suites en furent très simples : l'apyrexie fut absolue et la



malade put quitter la maison de santé le 21 août, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, pour être dirigée par moi sur la clinique de chirurgie de Péronne où j'ai pu instituer avec l'aide dévouée de mes excellents élèves et amis, les D<sup>rs</sup> André et Mariau, un traitement psychothérapique spécial sur lequel je reviendrai plus loin et qui a permis à M<sup>me</sup> G... d'achever sa convalescence mentale.

Aussitôt après l'opération, celle-ci a demandé à voir la couleuvre. Il lui fut répondu, selon mes instructions, que cette couleuvre avait été détruite dans de la chaux vive. Ce fut la seule allusion qu'elle y fit.

Depuis, elle n'en reparla plus. Cette malade ne cessa, au contraire, d'affirmer qu'elle se croyait bien guérie : « Je ne ressens plus, dit-elle, les douleurs que j'éprouvais avant l'opération. Je sais bien que je suis guérie. » En fait, les grandes douleurs qu'elle éprouvait ont disparu aussitôt l'opération; quelques douleurs persistaient néanmoins.

J'avais placé près de la malade une religieuse d'une intelligence supérieure. Je lui indiquai les règles spéciales de psychothérapie à appliquer chez elle. Chaque fois qu'elle éprouvait une sensation, elle l'habitua à en faire une analyse suffisante et à la reporter à sa véritable origine.

La religieuse s'appliquait aussi à dissocier dans le cerveau de la malade les interprétations fausses, à éviter chez elle des synthèses hâtives et à la guider dans une systématisation normale : elle réussit parfaitement dans cette délicate mission. Dès lors, chaque fois qu'elle éprouvait quelques douleurs, elle se rappelait l'explication qui lui avait été donnée quelques instants auparavant ou en cherchait elle-même une nouvelle.

« C'est le pansement, dit-elle, qui me fait mal. Je ne serai soulagée que lorsque les fils seront enlevés et que je commencerai à me lever. Je ne veux plus penser au passé; l'idée que j'ai pu autrefois être possédée par le serpent me dégoûte et me soulève le cœur. »

De fait, jusqu'à son départ, elle n'a plus une seule fois parlé de sa couleuvre.

Avant son départ de Paris, j'ai présenté la malade à M. Juquelier qui m'a remis la note suivante :

« Août 1907. Quelques jours après l'opération, la malade ne parle plus de sa couleuvre. Elle évite même toute allusion à cet égard. Elle se plaint uniquement d'un point de côté qu'elle attribue à un refroidissement. Son aspect reposé, tranquille, contraste absolument avec celui qu'elle avait avant l'opération. »

Laissons maintenant la malade à Péronne. Qu'il nous suffise de dire que sa guérison s'y est maintenue.

et nous reviendrons plus tard sur les détails, extrêmement intéressants au point de vue psychologique, de sa convalescence mentale.

Si à l'heure actuelle elle se considère débarrassée de sa couleuvre, elle garde toutefois le souvenir de sa possession ancienne. Doit-on considérer la reconnaissance de l'erreur comme le critérium nécessaire de la guérison définitive? C'est là un point sur lequel je demande l'avis de mes distingués collègues.

Je veux envisager maintenant les raisons qui m'ont poussé à pratiquer chez cette malade mon intervention.

Sans idées préconçues vis-à-vis les doctrines relatives à la cœnesthésie, j'ai simplement appliqué chez cette malade les règles que j'ai développées dans mon mémoire : *Sur les conditions de l'intervention chirurgicale chez les hypocondriaques*. J'ai donc pratiqué systématiquement chez elle un examen viscéral attentif.

Chez ma malade, l'examen local était resté négatif. J'eus alors recours au repas d'épreuve ; et c'est ainsi que j'ai pu reconnaître l'existence d'une hyperchlorhydrie légère.

Il fallait dès lors interpréter cette lésion et établir, comme je l'ai dit ailleurs, le rapport entre celle-ci et l'état mental.

Bien souvent, on rencontre chez les hypocondriaques des affections chirurgicales qui n'ont avec le délire aucun rapport et qu'il est bon de ne pas soumettre au traitement chirurgical sous peine d'aggraver le délire. En tout cas, lorsque la lésion ne donne lieu qu'à des troubles purement subjectifs, j'ai indiqué les règles qu'il fallait suivre pour établir ce que j'ai appelé le Dosage du trouble subjectif.

Or, dans le cas actuel, il s'agissait d'interprétations erronées et délirantes, développées chez une malade atteinte d'une lésion légère mais bien établie ; d'après la conception actuelle, cette lésion ne pouvait avoir qu'un rapport indirect et accessoire avec le délire par l'intermédiaire de la cœnesthésie. Que faire alors pour fixer une indication opératoire? L'hyperchlorhydrie est par elle-même la cause de douleurs très vives. Je me rappelle entre autres le cas d'un hyperchlorhydrique qui me fut confié à la Pitié par mon collègue le professeur

Robin et chez lequel les manifestations très douloureuses avaient résisté au traitement médical. L'intervention fit disparaître rapidement les douleurs. On peut à la vérité objecter que celles-ci n'appartiennent qu'aux formes graves de l'hyperchlorhydrie.

A cet égard, l'expérience de la chirurgie des aliénés m'a depuis longtemps démontré qu'en dehors de l'infection une lésion organique même légère peut chez un sujet prédisposé faire éclater un délire ou l'entretenir quand elle entraîne un état d'épuisement, de préoccupation ou un défaut de nutrition. J'ai voulu alors, comme le conseillait autrefois Esquirol, dissocier chez ma malade les souffrances physiques ou morales. J'y suis arrivé par une intervention et j'ai eu recours à la pylorectomie, parce que cette opération, pour certains auteurs et spécialement pour Soupault, paraît bien plus susceptible que la gastro-entérostomie de modifier le chimisme stomacal et de guérir l'hyperchlorhydrie.

Le résultat obtenu a dépassé de beaucoup mes prévisions.

Le délire zoopathique a disparu immédiatement dans sa totalité.

La guérison persiste depuis sept mois. Or, je tiens tout d'abord à dire qu'il ne saurait être question d'action suggestive.

La suggestion avait déjà été recherchée dans l'opération simulée qui a été pratiquée. Cette tentative a échoué.

Il me paraît logique d'admettre, en m'appuyant sur des cas analogues, que la lésion a provoqué seule le délire puisque l'un et l'autre ont disparu en même temps.

Dans l'opération simulée qui a été faite, la présentation de la couleuvre n'avait pas convaincu la malade, parce que le substratum organique représenté par l'hyperchlorhydrie persistait.

Ici, au contraire, la disparition du délire a concordé avec la suppression pure et simple des phénomènes douloureux de l'hyperchlorhydrie ou de celle-ci elle-même.

Je n'ai pas eu à exercer sur elle la moindre suggestion et la malade reste guérie depuis sept mois.

Ce cas constitue une véritable expérience de laboratoire et sa portée me paraît considérable, tant au point de vue psychiatrique qu'au point de vue psychologique.

Je me propose d'envisager dans ce travail spécial l'intérêt de ce fait à ce dernier point de vue.

Au point de vue psychiatrique, il convient de rappeler que les aliénistes tendent à considérer les délires comme incurables. Lévy, dans sa thèse, insiste à diverses reprises « sur l'évolution inexorable de ces délires vers la chronicité ». Pour lui « les zoopathes sont toujours des malades incurables ». Il conclut en disant « que l'évolution de ces délires est chronique et n'aboutit jamais à la guérison », et il affirme d'ailleurs qu'il n'existe aucun cas scientifique constaté de guérison d'un délire de zoopathie.

Au point de vue du traitement, il insiste avec raison sur l'inutilité ou le danger des opérations simulées. Pour lui « une intervention ne saurait guérir la coenesthésie ». Sous réserve de l'explication qu'il en donne, je suis d'accord avec lui sur ce point, et je désire démontrer dans un autre travail qu'une opération simulée ne peut qu'amener une aggravation dans l'état du malade en justifiant son délire.

Comment cette notion de l'incurabilité a-t-elle été introduite en clinique? Certes, les doctrines courantes sur leur origine coenesthésique ont contribué pour une large part à ce résultat.

Elle résulte également de l'étude des observations de délire zoopathique et de leur comparaison.

Or, quelques réflexions d'ordre général sont nécessaires ici.

Dans toute classification, qu'il s'agisse d'espèces pathologiques ou autres, le caractère qu'on choisit comme principe de classification doit être un caractère constant et non transitoire ou accidentel. Or, la psychiatrie nous apprend que le délire zoopathique entre dans la constitution d'une série de délires et que parfois il ne forme dans le syndrome clinique qu'un élément tout à fait secondaire : dès lors rapprocher tous les délires dans lesquels on observe la zoopathie sans tenir compte de la place plus ou moins importante qu'il y occupe, c'est s'exposer à mettre en présence des formes cliniques

absolument disparates et qui peuvent rester séparées par des caractères fondamentaux ; c'est n'obtenir en définitive qu'un groupement artificiel, contraire aux règles d'une bonne classification nosologique.

En ce qui concerne le délire zoopathique, il convient, pour ne réunir que des formes comparables, que la zoopathie représente un caractère constant, qu'elle ne soit associée à aucun autre délire et qu'elle constitue toute la maladie.

C'est pour n'avoir pas toujours suivi ces règles qu'on est arrivé, par une systématisation clinique défectueuse, à conclure à l'incurabilité du délire zoopathique, parce qu'en effet beaucoup de délire dans lesquels entre la zoopathie comme élément secondaire sont souvent incurables.

Si l'on consulte, par exemple, les 29 observations contenues dans la thèse de Lévy, on constate des différences considérables.

A côté d'observations trop incomplètes et par conséquent inutilisables, on trouve que, dans 8 cas rapportés par cet auteur, le délire zoopathique n'est pas unique et se trouve lié à d'autres délires.

Par voie d'éliminations successives, on arrive à un total de 10 observations superposables à la nôtre et qui méritent une rapide analyse.

Dans 5 cas, nous trouvons des lésions très nettes de l'estomac ou de l'abdomen :

1° Cas de Campbell (sensation de rats dans l'estomac, squirre du pylore) ;

2° Cas de Dagonet (serpent dans l'estomac, ulcère de l'estomac reconnu à l'autopsie).

Deux malades de Bonnet (sensations de grenouilles).

A l'autopsie, chez l'une, tumeur squirrheuse du ventre ? Chez l'autre, squirrhes multiples du mésentère et de l'épiploon.

Un malade de Mirallié (entéro-colite muco-membraneuse).

Dans ce dernier cas seulement, un traitement a été institué, et l'on a pu constater, en même temps que l'amélioration de la lésion, une diminution des idées délirantes.

A part les 2 cas de Bonnet où un traitement chirur-

gical ne paraissait pas possible, il reste les 2 cas de Campbell et de Dagonet, chez lesquels rien n'a été tenté.

On ne peut donc prévoir le résultat qu'une intervention aurait pu amener.

A côté de ces 5 cas « grossièrement symptomatiques », et qui ne peuvent servir à élucider la question de curabilité des délires, puisque rien n'a été tenté contre la lésion, viennent se placer 5 observations réellement intéressantes au point de vue qui nous occupe.

Elles ont trait à la période actuelle. Dans quelques-unes d'entre elles l'examen de l'estomac n'a pas été pratiqué ; dans d'autres, il a été fait, mais, probablement, en raison des opinions courantes. Sur le rôle de la coenesthésie dans les délires « accompagnés ou non de lésions organiques », il n'a été accordé aucune importance aux lésions constatées :

1° Cas de Bechtereff (délire de possession par les reptiles). L'auteur se borne à nous dire que l'examen somatique a été négatif. Nous ne savons pas si l'examen de l'estomac a été ou non pratiqué ;

2° Cas de Richelot (couleuvre dans l'estomac). Le malade se plaint de douleurs d'estomac, mais cet organe n'a pas été examiné. On se borne à un simulacre opératoire qui échoue ;

3° Cas de Gérard Marchant (serpent). On signale un rein flottant, une chute légère de l'utérus.

L'estomac n'est pas examiné.

Le chirurgien se borne à refuser l'opération et à conseiller l'internement ;

4° Cas de Dupré et Lévy. Il s'agit d'un délire hypochondriaque à forme zoopathique chez un débile tabétique hystérique.

Les lésions de l'estomac semblent très nettes.

Les auteurs signalent une gastrite chronique avec dilatation et intolérance de l'estomac. Aérophagie, entéro-colite glaireuse.

Le chimisme stomacal n'a pas été étudié, aucune opération n'a été faite ;

5° Cette observation n'est autre que celle de ma malade. On y signale que l'estomac est peu ou pas dilaté, pas de succussion ni clapotage. On ne recherche pas la rétention alimentaire et possible qui existe réellement.

On se borne à un simulacre opératoire, dont on connaît le résultat.

Par contre cette malade présente une longue histoire d'estomac, dont les détails se trouvent contenus dans l'observation. Celle-ci ne paraît pas avoir attiré l'attention des observateurs.

Comment pourrait-on s'appuyer sur ces documents pour affirmer l'incurabilité des délires zoopathiques?

Sur ces 10 observations, 5 peuvent être éliminées d'emblée, parce que la lésion organique qui l'accompagne échappe à l'action chirurgicale, et nous n'avons dès lors aucun moyen d'affirmer la curabilité.

Mais dans les 5 derniers, on ne peut nier *a priori* que la lésion stomacale n'ait pas été susceptible d'un traitement médico-chirurgical.

Trois fois, en effet, les malades ont accusé des troubles d'estomac et chez l'une (cas de Dupré et Lévy) les symptômes locaux sont des plus nets : un seul cas a été examiné au point de vue de l'estomac et l'intervention a amené une guérison qui se maintient depuis sept mois. On est bien en droit de conclure que si les cas de cette série avaient tous été soumis à un traitement rationnel, on aurait pu enregistrer de nouveaux cas de guérison.

Parmi les faits cités par Lévy, il en est un qui porte le n° 12 et est dû à Charcellay, qui mérite d'être examiné avec soin, parce qu'on l'a souvent présenté comme un cas de guérison. Chez la malade qui en fait l'objet, une opération simulée est suivie de la disparition du délire zoopathique. Mais les détails de ce cas montrent qu'il est impossible d'y voir un délire systématisé chronique à forme zoopathique. Tout d'abord le délire est récent et il n'est pas unique. Il a débuté il y a un an seulement au moment où la malade a bu de l'eau d'une fontaine qui contenait trois araignées. De plus, ce délire est accompagné d'hallucinations cruelles ; la malade fait des tentatives de suicide. Elle se plaint de malaise général, de picotements à l'estomac. L'examen de cet organe n'est pas pratiqué ; ce délire ne peut donc être considéré comme un délire systématisé chronique ; mais, comme d'autre part, la malade est à son retour d'âge, on peut penser à l'existence d'une psychose de la

ménopause ; une opération simulée suivie de plusieurs autres est pratiquée. Le délire zoopathique disparaît en réalité et l'état de la malade paraît s'améliorer, mais la psychopathie reparaît ; elle fait de nouvelles tentatives de suicide et revient à l'asile.

En somme, chez cette malade, la zoopathie occupé une place secondaire dans le syndrome clinique : il a disparu à la suite d'une opération simulée, mais le délire reparaît et la malade n'est pas guérie.

L'observation de ma malade présente un intérêt véritable au point de vue de la guérison des délires zoopathiques ; mais la guérison que j'ai obtenue plaide par sa persistance, si elle se maintient, mieux que tout argument théorique, en faveur de la doctrine que j'ai si souvent défendue et qui subordonne certains états mentaux à un trouble somatique.

Son intérêt doctrinal me paraît donc considérable, parce qu'elle justifie l'existence si souvent contestée de l'hypocondrie symptomatique.

Elle éclaire également, à mon sens, la question de la cœnesthésie, en montrant le rôle qu'a joué en dehors d'elle ce trouble de l'estomac dans la production du délire. Mais la question de la cœnesthésie appartient entièrement à l'étude de la genèse de ces délires et je me propose de l'étudier à part.

Je ne signalerai ici que l'intérêt que présente mon observation au point de vue de la doctrine de l'hypocondrie.

A cet égard, le fait actuel mérite une attention spéciale.

Dans ces derniers temps Wollenberg et Roy se sont faits, chacun dans son pays, les défenseurs de l'hypocondrie symptomatique.

Quoi qu'il en soit de leurs efforts, l'hypocondrie essentielle conserve une place prépondérante. Qu'elle la conserve toujours, il ne m'appartient pas de rien préjuger à cet égard.

On sait déjà qu'à côté des cas grossièrement symptomatiques, il en est dans lesquels la lésion est difficile à déceler : tel est le cas publié par Vigouroux et Cottet, à l'autopsie duquel on constate l'existence d'un cancer de la petite courbure de l'estomac ; tel celui que Bris-



saud a rapporté au Congrès de Rennes et dans lequel une hématémèse seule décéla l'existence d'une lésion de l'estomac qui avait échappé jusque-là aux cliniciens les plus compétents.

Cinq observations de Lévy mettent encore en lumière les difficultés du diagnostic et nous montrent également combien l'union de la médecine, de la chirurgie et de la psychiatrie est indispensable si l'on veut éviter désormais toute cause d'erreur ; il doit en tout cas engager à se montrer très réservé à l'avenir en ce qui concerne l'interprétation des faits d'hypocondrie essentielle.

Mon observation démontre encore un fait intéressant que je désire mettre en lumière.

Question de doctrine mise à part, la malade présente une forme élevée de délire hypocondriaque et cependant celle-ci a pu guérir par une intervention. Dans un travail déjà cité sur « les conditions de l'intervention », etc., j'avais, en m'appuyant sur les auteurs, émis l'opinion que, dans les formes élevées de l'hypocondrie, la maladie était incurable et que, quel que soit le point de départ de l'hypocondrie, le traitement médico-chirurgical reste impuissant dans ces cas, impuissance qui pour beaucoup est un des arguments les plus précieux en faveur de la forme essentielle.

D'autre part, dans la thèse de Mallet et dans mon récent article : *Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale*, j'avais également admis que lorsque l'hypocondrie est ancienne et que l'idée hypocondriaque présente un caractère d'irréductibilité absolue, l'abstention doit être la règle.

Mon observation prouve que cette opinion, soutenue par moi à une époque où je n'avais pu guérir par l'intervention que les formes d'hypocondrie minor, était beaucoup trop exclusive.

Le cas actuel semblerait établir au contraire que la forme du délire importe peu quand celle-ci est liée à une lésion organique réelle, et qu'elle est susceptible de disparaître avec la cause qui lui a donné naissance.

## DISCUSSION

M. DUPRÉ. — L'observation de la malade dont vient de parler M. Picqué a été publiée dans la thèse de mon élève Lévy. Elle concerne, comme toujours en pareil cas, une grande débile, paysanne crédule, dépourvue de jugement, de sens critique et de contrôle. C'est une hypochondriaque dont les réactions psychopathiques ont été profondément modifiées par une intervention chirurgicale qui a modifié sa cénesthésie abdominale ; on a guéri une affection, mais non une malade.

Il faut faire des réserves sur l'avenir de cette guérison. On ne peut d'ailleurs affirmer cette guérison que si la malade convient qu'elle a déliré.

M. COLIN ne croit pas que tous les délires de possession zoopathique reposent sur un fonds de débilité mentale.

M. LWOFF fait remarquer que si la malade croit toujours à son délire zoopathique ancien, elle n'est pas guérie et a été débarrassée d'une sensation, mais non d'une idée délirante.

M. GILBERT BALLET émet le vœu que la malade soit amenée à la Société, ainsi que M. Picqué l'a proposé.

La séance est levée à 6 heures un quart.

J.-M. DUPAIN ET A. VIGOUROUX.

---

SÉANCE DU 30 MARS 1908.**Présidence de M. SÉGLAS**

Lecture du procès-verbal de la séance précédente.

MM. René Charpentier, Devaux, Dromard, Dupouy, Juquelier, Levassort, Parant, Perpère, Sizaret, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

M. DENY proteste contre la publication au Bulletin de la Société, dans le numéro de mars-avril 1908 des *Annales médico-psychologiques* (page 259), du procès-verbal de la séance du 30 décembre 1907 qui n'a pas

été adopté et que la Société avait précisément décidé de ne point publier.

M. VALLON s'associe à cette protestation.

Le procès-verbal est adopté.

*A propos de procès-verbal. — Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique.*

M. PICQUÉ. — Messieurs, dans votre dernière séance je vous ai entretenu d'un cas de délire systématisé chronique à forme zoopathique. Ayant découvert chez cette malade une hyperchlorhydrie, j'ai pratiqué chez elle, pour les raisons que je vous ai longuement exposées, une résection du pylore, c'est-à-dire un traitement chirurgical, que j'ai qualifié de rationnel.

L'idée de possession a disparu de suite, mais j'ai voulu attendre sept mois avant de vous présenter la malade. Pendant ce temps, elle a été chaque jour suivie et examinée au point de vue mental par plusieurs de mes élèves. Je vous ai fait remarquer qu'elle avait gardé le souvenir de la possession passée, tout en se déclarant guérie. A ceux de mes collègues, qui m'ont demandé si je la considérais comme guérie, j'ai répondu que c'était à eux que je posais la question. J'ai insisté pour que vous me disiez si vous considériez la reconnaissance du délire passé comme le critérium de la guérison mentale. Plusieurs de vos collègues parmi lesquels MM. Gilbert Ballet et Dupré, m'ont déclaré qu'ils ne considéraient pas la malade comme guérie. Leur opinion devait rapidement recevoir une confirmation éclatante, car dès le lendemain de votre séance notre malade retombait dans ses idées délirantes. Je me borne simplement à vous signaler ce fait. Si mon cas représente désormais un insuccès thérapeutique, il ne saurait, selon moi, constituer un échec pour la doctrine concernant les rapports « du physique et du moral ». Je me propose prochainement de reprendre cette question devant vous.

M. JUQUELIER. — M. Picqué a bien voulu me demander d'examiner la malade qui faisait l'objet de cette observation avant et aussi après l'intervention. Le

résultat thérapeutique, toute question théorique mise à part, n'a pas répondu à ce que nous pouvions espérer. Néanmoins, il semble que l'intervention a déterminé une rémission temporaire. En effet, malgré les conditions défectueuses dans lesquelles l'examen mental a été pratiqué après la pylorectomie, puisque nous ne voulions pas parler à la malade de son délire, cette malade, quinze jours après l'opération, se présentait tout différemment de ce qu'elle était auparavant. Son état émotionnel était tout autre. Elle était réellement soulagée et ne parlait plus spontanément de son délire. Lorsqu'elle déclara à l'entourage hospitalier de M. Picqué qu'elle n'avait jamais été débarrassée de sa couleuvre, elle fit, pour démontrer ce qu'elle avançait, des interprétations rétrospectives comme lorsqu'elle commença à délirer.

M. DUPRÉ. — Il ne s'agit pas là de la guérison d'un épisode délirant, mais d'une rémission au cours d'un état délirant chronique ancien. Après l'intervention que j'ai moi-même faite à cette malade, j'ai obtenu une rémission plus marquée et plus prolongée dont on ne peut exactement évaluer la durée.

M. ARNAUD. — L'intervention chirurgicale fut légitime puisqu'elle a produit non seulement la guérison des symptômes locaux, mais encore une amélioration de l'état mental. Mais n'y a-t-il pas des cas où l'intervention chirurgicale chez un aliéné peut être dangereuse pour l'état mental?

M. DENY. — Je ne crois pas qu'il faille encourager l'intervention chirurgicale en tant que mode de traitement du délire systématisé chronique. Ce délire, sujet à des oscillations, à des rémissions, est essentiellement constitutionnel et incurable.

M. VALLON. — D'une façon générale, chaque fois qu'on améliore l'état physique d'un aliéné, médicalement ou chirurgicalement, on a des chances d'améliorer son état mental.

M. TOULOUSE. — Je crois pouvoir dire nettement que les aliénés doivent être soumis aux soins chirurgicaux comme les autres personnes, et que je ne connais pas dans leurs troubles mentaux de contre-indications qui puissent empêcher une opération quand elle a des

indications physiques précises. Le moment le plus opportun de l'intervention doit être choisi comme chez les autres personnes quand cela est possible.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. René Semelaigne, Jean Philippe, Benon, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Ranke, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> A. d'Ormea, directeur du manicomie de Pesaro, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Colin, Klippel et Arnaud, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Pándy Kalman, de Budapest, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Marcel Briand, Ritti et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Arequipa et sa physionomie médicale climatérique*, par M. le D<sup>r</sup> Edmundo Escomel, de la Faculté de Lima ;

2° *De quelques questions nosographiques sur la psychose maniaque dépressive*, par M. le D<sup>r</sup> Esposito ;

3° *Sur l'isolement*, par le même ;

4° *Sur La Folie impulsive et sur Les expériences de Wassermann Plautsche sur le séro-diagnostic des affections syphilidogènes du système nerveux central*, par le D<sup>r</sup> Foerster, de Bonn ;

5° *Les Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, numéro de février.

*Mort de MM. Marandon de Montyel et Mierzejewski.*

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le profond regret de vous faire part de la mort de notre collègue, le D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, décédé depuis notre dernière séance.

Marandon de Montyel faisait partie de notre Société depuis vingt ans, soit comme membre correspondant, soit comme membre titulaire, soit enfin, depuis peu de temps, comme membre honoraire.

Vous savez quelle part active il a prise à nos travaux pendant de longues années. C'était alors un assidu de nos réunions, et il en était peu dans lesquelles il ne prit la parole pour nous apporter des présentations originales ou pour intervenir dans nos discussions, mettant au service de ses opinions, cet accent de conviction sincère et ardente dont vous avez, comme moi, gardé le souvenir.

Si la majeure partie de ses travaux fut consacrée aux recherches cliniques et thérapeutiques, Marandon de Montyel ne se désintéressait pas cependant des questions d'administration et d'assistance, et il fut un de ceux qui prirent part avec le plus d'ardeur au développement des idées nouvelles sur l'assistance des aliénés et la réorganisation de nos asiles.

Depuis longtemps déjà, une douloureuse maladie le tenait éloigné de nous ; mais les nombreux articles signés de son nom que nous retrouvions dans différents périodiques, nous témoignaient l'intérêt qu'il portait toujours à nos études.

Aussi, Messieurs, je ne doute pas d'être votre interprète en saluant ici la mémoire de ce collègue distingué, aimable, et pour lequel nous avons tous la plus profonde sympathie.

Un autre deuil est encore venu frapper la Société médico-psychologique, la mort du professeur Mierzejewski, de Saint-Petersbourg, notre associé étranger.

Je n'entreprendrai pas ici, Messieurs, de vous faire l'éloge de ce regretté collègue. Il était de ceux dont il suffit d'évoquer le nom pour se rappeler quelle grande part ils avaient prise au mouvement scientifique de leur temps. Je vous rappellerai seulement que, malgré la distance qui nous séparait, Mierzejewski ne resta pas pour nous un étranger. Plusieurs de ses travaux ont été publiés en langue française, et il fut l'ami et le collaborateur de quelques-uns d'entre nous.

Sa sympathie pour la science française s'est même presque affirmée jusque dans la mort : car il est décédé

à Paris, où il était venu pour assister au jubilé de notre éminent collègue, le D<sup>r</sup> Magnan.

Sa perte laisse dans notre Société un vide qu'il nous sera difficile de combler.

**Du rôle des idées de zoopathie interne  
dans la pathogénie d'un délire de négation.  
Présentation de malade,**

par MM. TRÉNEL et CRINON.

Un fait paraît indéniable dans la psychogenèse des idées de négation et qui pourrait aider à leur classification clinique, c'est leur caractère nettement secondaire, déjà mis en relief par M. Séglas. Celui-ci admet qu'elles dépendent *toujours* d'« altérations de la personnalité survenant sous le coup de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique ». Nous croyons, pour notre part, qu'elles peuvent être aussi secondaires à des idées délirantes. C'est du moins ce que nous semble prouver l'histoire de la malade qui va vous être présentée. Cette histoire rappelle par certains points les cinq observations de démonomanie qu'on trouve dans Esquirol ; celles-ci ont toutes trait à des malades qui, en même temps que leurs idées démonopathiques, présentaient des idées de négation et d'immortalité. Mais on ne peut dire si les idées démonopathiques étaient chronologiquement les premières. Depuis Esquirol, les croyances ont changé, et c'est un délire de zoopathie interne que présente notre malade. Ce délire, par contre, est le premier en date, et les idées de négation n'apparurent que secondairement à ce délire d'où elles semblent avoir été logiquement déduites.

Voici l'observation de cette malade :

Malvina V..., quarante-deux ans, internée depuis un an. Père mort accidentellement, mère morte d'un cancer utérin. Grand père mort à soixante ans, très affaibli intellectuellement, ne pouvait se diriger seul et nécessitait une surveillance attentive. Un cousin mort à l'asile de Lhommelet à trente ans ;

une cousine a présenté des troubles mentaux à la suite de couches; un frère, employé à la gare du Nord, fut atteint, à l'âge de quarante-deux ans, de troubles intellectuels qui durèrent six mois et qui lui firent perdre sa place; soigné chez lui, il est demeuré très affaibli au point de vue intellectuel. La malade a eu des convulsions pendant l'enfance, des crises convulsives à l'âge de douze ans, qui paraissent avoir été occasionnellement provoquées par la peur d'un incendie et qui durèrent près de trois ans. Sept accouchements; pas de fausse-couche.

Il y a un an (mars 1907), à la suite d'un accouchement, elle parut troublée, voyant tout en noir, selon les dires de son entourage, s'enfermant dans des réduits pour y pleurer, prétendant qu'elle ne voyait plus clair, qu'elle ne pouvait plus aller à la selle et parlant même de se suicider; elle fit d'ailleurs, à cette date, une tentative de défenestration. Elle eut à cette époque des troubles cœnesthésiques nombreux: sensations de brûlures au niveau de la poitrine, élancements au niveau d'une hernie ombilicale; son lit remuait, et elle ne pouvait se tenir assise à cause des tressaillements qu'elle ressentait. Ces troubles furent d'abord mis par la malade sur le compte de cancers qui lui rongeaient le cœur; elle en avait un qui lui était descendu de la bouche jusqu'au cœur et qui motivait à ses yeux le refus d'aliments auquel elle s'était résolue. Elle les interpréta ensuite comme la manifestation de la présence de bêtes nombreuses. Conduite à Sainte-Anne, au mois de septembre 1907, pour y être internée, nous la trouvons à l'asile de Maison-Blanche dans une attitude mélancolique, avec pleurs, gémissements, demi-mutisme, refus d'aliments, et les nombreux troubles de l'idéation que nous allons décrire en les résumant.

*Délire de zoopathie interne ou de possession.* — Ces idées tiennent le premier plan. Elle a des bêtes dans le corps, elle croyait n'en avoir que 51, mais il y en a 800, elles ont multiplié huit fois, elles multiplient par 18. Si on n'avait mis que deux mâles, au moins il n'y en aurait pas « toute une volaille ». Elle les sent partout disséminées dans son corps. « Plus ça va, plus il y en a. » Elles ont la forme de grosses araignées. La malade se tient toujours dans une position horizontale parce qu'ainsi, dit-elle, elle souffre moins qu'assise. Elle ne s'appelle pas M<sup>me</sup> G... mais « madame les bêtes ». « Ce n'est pas comme la femme dont on a parlé dans les journaux, dit-elle, car pour elle ce n'était pas vrai, tandis que pour moi il y a certainement des bêtes dans mon corps puisque je les sens. » Invitée à dessiner la façon dont elle se représente ses hôtes, elle dessine une figure qui ressemble vaguement à un myriapode et dont la reproduction serait ici sans intérêt. Parmi



les bêtes, il y a un « cardinal ». C'est la plus grosse, elle est rouge et de la dimension d'une main. Il y a aussi la « saccageuse » et la « vubilante ». La nuit, ces bêtes se rangent dans un sac et elles se couchent « ainsi que le père et la mère comme des poules ». Aussitôt qu'elle entend du bruit, par contre, la bête « remonte » et tous ses petits la suivent. « Son sommeil n'est pas celui d'une personne, dit-elle, mais celui d'une bête qui est enfermée et qui cherche un passage impossible. » Tantôt elle accuse leur présence dans les épaules, tantôt à l'ombilic, tantôt dans le ventre.

Un matin, elle prétend qu'elle a un poids énorme dans les reins ; « c'est pis, dit-elle, que si je portais un enfant, sûrement que c'est la saccageuse qui doit donner à téter à tous ses petits ». Il y a quelques jours, enfin, la malade écrivit, à propos de ses préoccupations zoopathiques, les phrases suivantes : « Gloire à celui qui pourrait me faire voir dans les plus beaux salons des fêtes pour montrer travailler les bêtes que je porte en moi ! Honneur à celui qui pourrait dire l'heure et la minute où elles font leurs petits, car les médecins n'auraient plus besoin de travailler ! Il faudrait un homme qui soit capable comme celui qui a inventé le phonographe pour pouvoir faire voir en moi comme on voit à travers du verre. » Elle examine les différents moyens de se débarrasser de la possession qu'elle subit. « Il me semble, dit-elle, qu'en faisant un trou à ma droite, on pourrait leur donner de l'opium ou du sirop de chloral pour les endormir. » Elle voudrait qu'on lui donne « une grande volée, avec une grosse corde » ; ça la ferait souffrir, mais ça les abrutirait peut-être. Elle voudrait bien se jeter à l'eau pour noyer ses bêtes. Elle envisage aussi la possibilité de les faire mourir de faim en ne prenant que de l'eau pour toute nourriture. Mais ça ne servirait à rien, croit-elle, car les bêtes ne doivent pas se repaître de sa nourriture.

Ceci l'amène à penser qu'elle manque de la plupart de ses organes.

*Idées de négation.* — Les bêtes lui ont mangé son cœur, ses poumons, ses intestins, son foie, sa rate, elles lui ont sucé le sang ; c'était à coup sûr des bêtes tranchantes pour lui dévorer ainsi les poumons ; elle n'a plus rien dans le corps ; en mettant une lampe électrique devant sa tête, on devrait en voir le creux ; elle n'a plus qu'un tuyau qui passe sous son bras droit et qui va en rejoindre un autre ayant la forme d'un serpent qui se trouve dans son bassin ; c'est tout ce qui lui reste de son tube digestif et c'est ce trajet que suivent ses aliments ; elle ne va plus au cabinet, car elle n'a plus qu'un « bout de fondement » grand comme le petit doigt ; quand elle prend un bain, l'eau lui remplit le corps en passant à travers sa peau ; elle n'a plus

de cheveux ; elle a été démanchée, *dédoublée*, sa tête s'est ouverte en deux ; elle n'a plus de cervelle. Ces idées de négation ne s'étendent pas au monde extérieur ni au domaine métaphysique.

« Pourriez-vous, nous écrit-elle, me montrer une de ces bêtes, et puis apporter un foie ou un cœur pour voir combien elle mettrait de temps à le manger ? » Par là, la malade veut nous démontrer que si elle était faite comme les autres femmes, il y a longtemps qu'elle serait morte, dévorée par ses bêtes. Ainsi apparut l'idée de son immortalité.

*Idées d'immortalité.* — « Quand on a des bêtes, dit-elle, on ne saurait mourir ; quand j'aurai mille ans, votre figure ne sera pas ici, tandis que la mienne y sera. Si j'étais sûre de mourir, dit-elle encore, je n'hésiterais pas à me jeter du haut du toit ; mais comme je sais que je ne serais pas morte, ce n'est pas la peine. » Le médecin, au cours d'un voyage en Italie, a dit partout qu'il avait la « tête immortelle » à l'asile de M. B., la « tête des cent mille années » ; quand elle aura deux cents ans, elle ne restera pas à l'asile qui n'est pas fait pour les vieillards ; elle s'appelle « l'immortelle » ; (un matin nous trouvons ce mot plusieurs fois écrit sur le drap de son lit) ; on n'aura jamais la preuve qu'elle a des bêtes dans le corps, car jamais on ne pourra en retirer une de « l'immortelle » ; les hallucinations lui disent que lorsqu'elle aura « des mille ans », on lui fera voir la rue ; « si j'étais morte, écrit-elle, on pourrait regarder dans l'Immortelle pour voir si les bêtes font leurs besoins ». Elle écrit à une dame de ses amies une lettre où se trouvent manifestées, dans des formes très apparentes, les idées d'immortalité. Voici les passages intéressants de cette lettre : « Madame, *c'est l'immortelle qui vous parle* ; étiez-vous innocente de ce que je portais après mes couches, car les bêtes m'ont saccagée quinze jours après que j'étais accouchée ; je vous prie bien de me dire si toutefois c'étaient des rats. Racontez-moi bien toute la vérité ; les voix qui me parlent me disent que mon mari est remarié ; *comme étant immortelle*, n'importe comment, il pourrait toujours se servir de moi. Vous saurez que mon *nom est ineffaçable*. Dites-moi aussi si on avait saoulé les bêtes avant de me les mettre dans le corps. *L'immortel moi* pourrait être sauvé par des hommes capables, mais non par des médecins. Les voix me disent que pour racheter un peuple, il fallait un être comme moi sur la terre. La bête qu'on m'a mise s'appelle la « vubilante », elle a plusieurs têtes. On me dit qu'il y a un homme riche qui voudrait bien m'avoir pour me promener. On lui a mis des bêtes dans le ventre pour faire « des centaines et des centaines ».

Elle possède, enfin, des idées d'indignité, de damnation, de

persécution et de suicide qui témoignent de son terrain mélancolique.

*Idées d'indignité.* — Elle est laide, affreuse, elle a un « nom de cheval », on devrait la tuer, la massacrer, la brûler ; qu'on lui donne de la crotte de chien, c'est assez bon pour elle ; elle est à l'asile parce qu'elle a méprisé tout le monde.

*Idées de damnation.* — Elle est condamnée à vivre en enfer ; elle est punie pour toujours parce qu'elle n'a pas cru au bon Dieu, qu'elle n'a pas respecté son mari et qu'elle s'est conduite comme une vache ; elle est plus que damnée, elle est malheureuse ; c'est Dieu qui l'a punie.

*Idées de persécution.* — Au moment de son accouchement, on l'a endormie, et son mari, avec la complicité de la sage-femme, lui a introduit ces bêtes dans la matrice ; on était allés les chercher au Jardin des Plantes ; le médecin comme la sage-femme doit toucher de l'argent pour la garder ; on l'enfermera, elle demeurera toute seule, elle est « dans la serrure » ; on serait jaloux si elle n'avait plus de mal ; mais on peut être tranquille, car il n'est pas possible que son mal disparaisse, et on ne saurait la faire souffrir davantage qu'elle ne souffre.

Notons que la malade a fait une évasion très bien combinée, et que, rentrée chez elle, elle a voulu frapper son mari d'un coup de couteau.

*Idées de suicide* qui ont amené une tentative de défenestration déjà citée et qui paraissent n'être pas disparues. Si elle était certaine de mourir et qu'elle ait des couteaux, des armes à sa disposition, elle n'hésiterait pas à se frapper ; mais « quand bien même je me donnerais un coup de couteau dans le ventre, dit-elle, vous savez bien que cela ne suffirait pas ».

*Troubles sensoriels.* — Les hallucinations sont nombreuses et presque toutes d'ordre *psycho-moteur*. Il y a deux femmes qui lui causent dans le corps, mais, croit-elle, ce doit être la même personne qui fait les deux voix qui lui parlent au niveau de l'épigastre. Ces voix lui font aller la bouche ; « c'est cruel, dit-elle, parce que souvent je n'ai pas envie de dire quelque chose et elles me le font dire (propos grossiers et obscènes à l'adresse du médecin ou du personnel) ; j'ai beau me serrer la bouche pour ne pas parler, je cause tout de même ». Les voix lui ont demandé si elle voulait qu'on écrive « immortelle » à la tête de son lit. Elles répètent sa pensée. Quelques hallucinations *visuelles* : elle voit des mots écrits devant elle : « Voilà l'immortelle » ; elle voit aussi, selon sa propre expression, la tête des personnes qui l'entourent se changer en écriture. Les troubles *cœnesthésiques* sont nombreux ; elle a senti que ça s'enfonçait au niveau du creux épigastrique ; elle souffre de brûlures infernales qui sont inventées par la « saccageuse » ;

sa tête est « durcine » ; elle se sent déformée, son corps ne résonne plus comme les autres.

*Illusions.* — L'horloge répète tout ce que les voix lui disent et tous les mots qu'elle-même prononce ; le bruit des meubles qu'on déplace, contient des injures à son endroit ; il y a sous le buffet un grillon qui lui commande de tout voler.

*Troubles de la perception.* — Dans le début de sa maladie, tout ce qu'elle voyait lui paraissait plus gros ; les yeux des personnes qu'elle rencontrait lui semblaient plus grands et les morceaux d'aliments qu'elle se préparait, en mangeant, lui paraissaient énormes, trop gros pour être mangés ; la perception des couleurs est conservée.

La mémoire de fixation n'est pas altérée ; la sensibilité au tact, à la douleur et à la chaleur ne présente aucune altération. Pas de mutilation volontaire.

*Etat intellectuel.* — Son niveau intellectuel ne paraît pas avoir baissé et, sauf un peu de lenteur dans l'évocation des souvenirs anciens, est tel qu'on peut l'attendre d'une personne de cette condition sociale, n'ayant reçu qu'une instruction élémentaire. Elle est tout à fait au courant de tout ce qui se passe dans le service.

*Symptômes physiques.* — Les réflexes sont un peu exagérés ; on constate un léger tremblement de la langue et des doigts ; les yeux présentent une légère inégalité pupillaire et un peu de paresse du réflexe accommodateur ; pas de troubles de la statique ; hernie ombilicale datant de neuf ans et qui semble n'avoir joué aucun rôle dans l'éveil ou l'évolution du délire.

En résumé, nous nous trouvons en face d'un syndrome dont les différentes phases se sont succédé dans l'ordre suivant : d'abord, un stade initial de mélancolie avec troubles cœnesthésiques nombreux, préoccupations hypocondriaques et tendance au suicide ; ensuite un délire de zoopathie interne qui est suscité par l'interprétation des troubles cœnesthésiques et qui fut le contemporain du début des idées de persécution ; puis un délire de négation conditionné par les idées zoopathiques ; des idées d'immortalité, enfin, qui apparaissent comme le dernier attribut d'un syndrome où tout s'enchaîne et se construit par déduction.

Dans quelle variété clinique pouvons-nous faire rentrer ce syndrome ?

Nous écartons de suite la paralysie générale. Quelle que soit la valeur donnée aux idées de négation, nous ne pouvons admettre qu'il s'agisse ici d'un début de

paralysie générale, malgré l'absurdité des idées émises par la malade. Le manque de signes physiques, la systématisation du délire ne nous y autorisent pas, non plus que l'état intellectuel dont le niveau ne paraît nullement avoir baissé.

Nous écartons également la paranoïa hypocondriaque, parce que, dans ce dernier cas, les idées de négation ne se montrent souvent qu'au bout d'un très long temps et que le délire hypocondriaque y apparaît comme la manifestation des tendances natives particulières de l'individu, d'où le nom de paranoïa primitive qui lui fut justement donné. Chez notre malade, au contraire, l'évolution du délire de négation n'a demandé que quelques mois, et, avant son accès de mélancolie, qui date juste d'un an, la malade ne s'était jamais préoccupée outre mesure de sa santé.

Devons-nous considérer notre cas comme appartenant à la classe des persécutés possédés que M. Séglas regarde comme intermédiaire à la mélancolie et au délire systématisé de persécution? Nous ne le croyons pas, car le délire des persécutés n'est pas consécutif à des troubles émotionnels; or, chez notre malade, le délire est nettement secondaire à une phase mélancolique. Chez le persécuté possédé, le délire est fortement systématisé, il s'enrichit sans cesse; chez notre malade, au contraire, le délire, bien que systématisé, l'est toutefois d'une façon élémentaire, il ne s'enrichit guère et tend à devenir monotone. Le persécuté possédé ne parle que du passé, des malheurs dont on l'accabla, il n'y a pas chez lui de délire d'attente; notre malade, au contraire, souffre surtout de l'anxiété dans laquelle la met la perspective de l'immortalité douloureuse qu'elle se sait réservée.

Il s'agit donc bien d'un délire systématisé secondaire de négation, et ce syndrome est superposable à celui de Cotard, du moins quant à la succession de l'état mélancolique, des idées de négation et des conceptions d'immortalité. Son évolution, rapide mais régulière, la stéréotypie du délire qui caractérise sa chronicité, l'âge de la malade, sont autant d'arguments qui plaident en faveur de notre interprétation.

Toutefois, ce qui donne une note particulière au délire

— dont l'évolution régulière est à elle seule, d'ailleurs, un cas assez rare pour être noté — c'est la présence des idées de zoopathie interne. Ces idées forment la note dominante du délire et elles commandent aux idées de négation et d'immortalité.

Sans doute, Cotard, se basant sur sa propre observation et sur les cinq cas de délire de négation publiés par Esquirol, mettait les idées de possession parmi les caractères du délire particulier dont il faisait la description clinique. Mais, comme M. Séglas, il ne les admettait, selon la propre expression de cet auteur, que « comme un symptôme d'une importance toute relative » (*Leçons cliniques*, p. 480). Elles peuvent cependant, comme dans le cas présent, jouer un rôle capital dans le mécanisme de la production du délire de négation, qu'ici elles conditionnent même immédiatement. Il ne s'agirait plus là, comme cause première, d'une « altération de la base organique de la personnalité », mais simplement de l'influence d'idées délirantes de zoopathie interne, construites à l'aide de troubles cœnesthésiques interprétés d'une façon morbide, et les idées de négation nous apparaîtraient alors comme secondaires à ces idées délirantes.

Est-ce à dire que cette prédominance des idées de possession et ce mode particulier de psychogenèse des idées de négation enlève quelque chose à la valeur du syndrome? Nous ne le pensons pas. Si Cotard voulait que les cas typiques présentassent une marche clinique régulièrement progressive allant du stade mélancolique au délire de négation, puis aux conceptions d'immortalité, M. Séglas fit à bon droit remarquer que les idées d'immortalité pouvaient fort bien être antérieures aux idées de négation. Nous croyons qu'il est également permis de dire, à propos des idées de possession, qu'elles peuvent être antérieures à toutes les autres idées délirantes qui composent le syndrome, et qu'il ne doit être fixé aucun ordre dans la succession de ces idées; ou bien, comme dans les faits dont le nôtre est un exemple, il ne s'agirait que de cas atypiques que M. Séglas, dans ses leçons, a désiré voir rapporter pour qu'on en pût dégager la signification clinique.

## DISCUSSION

M. PICQUÉ. — Je voudrais profiter de cette occasion pour dire encore quelques mots sur la chirurgie des aliénés. J'ai vu cette malade. Elle présente un délire systématisé chronique de zoopathie interne; elle a de plus une hernie ombilicale, mais je n'ai jamais eu l'idée d'intervenir chirurgicalement chez elle, malgré tout, parce qu'elle n'a pas de symptômes d'étranglement;

M. VALLON. — Il ne faut pas confondre deux choses différentes : 1° le traitement chirurgical des affections chirurgicales chez les aliénés; 2° le traitement chirurgical de l'aliénation mentale.

M. DENY. — Je m'associe aux paroles de M. Vallon. Ce que je conteste, c'est l'avantage, au point de vue mental, qu'on espère retirer d'une opération chirurgicale faite pour guérir un aliéné.

M. PICQUÉ. — Je remercie mes collègues d'avoir bien voulu prendre de nouveau la parole au sujet de mon cas. Je leur répondrai brièvement aujourd'hui.

M. Arnaud, en demandant si l'intervention chirurgicale chez l'aliéné pouvait aggraver l'état mental a élargi la question, mais en même temps l'a déplacée.

Il est certain que cette question m'a préoccupé, dès le jour où, pour la première fois, j'ai été amené à intervenir chez un aliéné; d'autant plus qu'à l'époque où le Conseil général de la Seine décidait la création d'un service de chirurgie dans les asiles, un référendum mondial relatif à cette question venait d'être demandé par les aliénistes américains, après le Congrès de Montréal, et que le résultat ne fut guère favorable à l'intervention chez les aliénés.

Je portai la question devant les pouvoirs publics, j'affirmai que les résultats désastreux de certaines interventions ne prouvaient qu'une chose, c'est que cette chirurgie nécessitait des indications et des contre-indications opératoires d'ordre mental.

Tous mes travaux, depuis l'origine, portent l'empreinte de cette préoccupation et je me suis appliqué à distinguer les malades qu'on doit ou qu'on peut opérer et ceux chez lesquels on doit s'abstenir.

Puisqu'il existe encore à l'heure actuelle des incertitudes dans l'esprit de certains aliénistes, je me propose, dans la prochaine séance, de revenir sur cette question.

Mon collègue, M. Deny, a bien dit devant vous qu'il réprouvait l'intervention dans le délire systématisé chronique, parce que celui-ci est toujours incurable, mais je pense que l'expression a dépassé la pensée de notre collègue, car ainsi la doctrine prendrait le pas sur l'observation.

Mais je reconnais, avec lui, que le chirurgien ne doit pas puiser dans les troubles mentaux une indication opératoire. J'ai toujours, pour ma part, protesté contre la chirurgie doctrinaire qui a amené dans certains pays des abus regrettables chez les malades. Notre collègue, M. Vallon, a eu raison d'insister sur ce point. J'ai constamment recherché l'indication chirurgicale, et même quand celle-ci existe, il n'est pas toujours indiqué d'intervenir.

M. TRÉNEL. — Il me semble que la discussion dévie; je n'ai pas présenté le malade au point de vue de faire discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Je voulais attirer l'attention sur ce fait clinique que, dans ce cas, les idées de négation n'ont pas précédé le délire zoopathique; au contraire, ces idées de négation ont apparu après les idées de possession.

### Traumatisme crânien, lésions des méninges et de l'encéphale et troubles mentaux,

par MM. A. VIGOUROUX et G. NAUDASCHER.

Quand l'attention est attirée sur l'importance des traumatisme crâniens dans la pathogénie des troubles mentaux, les cas où cette pathogénie semble pouvoir être mise en cause paraissent de plus en plus nombreux. Mais souvent on ne trouve pas de lésions anatomiques permettant de l'affirmer.

Nous croyons qu'il est intéressant d'apporter les cas soumis à notre observation, dans lesquels le traumatisme a laissé sa trace, soit dans les méninges, soit dans la



substance corticale. C'est pourquoi nous voudrions vous communiquer 4 observations de malades aliénés à l'autopsie desquels nous avons trouvé des lésions méningées et cérébrales, vestiges de traumatismes craniens.

La pachyméningite hémorragique, épanchement de sang entre les deux feuillets de l'arachnoïde, est fréquente dans les traumatismes craniens et nous avons été frappés de la rareté des observations qui relatent cette lésion dans les cas de traumatismes craniens suivis d'accidents intellectuels.

Christian dans son article sur le traumatisme du crâne (*Archives de Neurologie*, 1889, II, p. 25), ne cite que trois observations d'officiers blessés à la tête en 1870 et morts dix ans plus tard de démence apoplectique ou paralytique, chez lesquels il a constaté de la pachyméningite.

Dans les deux importants mémoires faits à ce sujet sous l'inspiration du D<sup>r</sup> Picqué, la thèse de Viollet et le travail de Léon Tixier, je n'ai pas trouvé d'observation personnelle.

Viollet cite une observation de Christian, une de Dubuisson et une troisième de Vibert; il admet que le traumatisme peut aboutir à la formation de fausses membranes analogues à celles que l'on rencontre dans la pachyméningite alcoolique.

Léon Tixier parle de l'accumulation de sang entre la dure-mère et la face corticale, qui donne lieu par sa transformation intime fibreuse à des adhérences nombreuses qui unissent le cortex et la dure-mère.

C'est pourquoi nous avons cru devoir vous communiquer l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute sur la tête, a présenté des troubles intellectuels et moteurs et à l'autopsie duquel nous avons trouvé une pachyméningite en régression fibreuse.

Ce... (Joseph), âgé de cinquante-huit ans, entré à l'asile de Vaucluse le 5 décembre 1906.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas de particularité intéressante. Lui-même n'a jamais été malade. Il a deux filles, l'une est déjà veuve avec deux enfants, l'autre est sur le point de se marier; l'une et l'autre sont bien portantes.

Il était employé à la Compagnie P.-L.-M., et pendant trente-cinq ans il fut visiteur à la gare de Nevers. A l'âge de

cinquante-cinq ans il eut une retraite de 800 francs ; mais sa fille étant devenue veuve, il dut venir à Paris pour travailler et subvenir aux besoins de ses petits-enfants. Il trouve une place dans un magasin de nouveautés comme veilleur de nuit et remplit cet emploi pendant deux ans.

Bien qu'il fit un usage régulier de boissons alcooliques, il n'était pas ivrogne et sa femme ne le considère pas comme un buveur.

Le 25 octobre, en faisant une ronde dans les magasins dont la surveillance lui était confiée, il fait une chute et tombe d'un premier étage dans la chambre du calorifère. Il roula dans l'escalier, tête première, les bras en avant, et se fit une fracture du deuxième métacarpien de la main droite.

Cette chute semble bien due à une imprudence ou à un moment d'inattention ; elle ne paraît pas consécutive à un ictus, car il ne semble pas d'après les renseignements, qu'il ait perdu connaissance. Il était très contusionné, se plaignait de partout, de la tête et surtout de la main.

Le médecin, appelé le lendemain, ne s'occupe que de la fracture du métacarpien et lui ordonne vingt jours de repos.

Pendant les premiers jours il ne présente aucun dérangement mental ; il retourne prendre son service le dix-septième jour, tant il se trouvait bien.

Ce n'est que vingt-cinq jours après l'accident que sa femme remarque qu'il devenait bizarre et irritable. Un jour, étant descendu à la cave, il s'y croit perdu et appelle au secours, en poussant des cris perçants ; puis il s'excite, devient autoritaire et querelleur, met les parents de sa femme à la porte de chez lui, accuse sa femme, etc... Un médecin de la ville conseille l'internement et fait le certificat de délire de persécution avec surexcitation.

A l'asile Sainte-Anne, le D<sup>r</sup> Magnan fait le diagnostic suivant : Affaiblissement intellectuel, interprétations délirantes, idées ambitieuses mélancoliques et de persécution ; émotivité morbide, pleurs, lamentations, excitation passagère ; tremblement des mains, inégalité pupillaire. Excès probable de boisson.

A son arrivée dans le service, C... est surtout un excité maniaque : ses propos sont grossiers, orduriers même ; il est d'une loquacité intarissable et toujours en mouvement. Il refuse de manger les aliments de la maison, parce qu'il les croit empoisonnés et qu'il veut manger du poulet et boire du bordeaux. Il se plaint d'être interné et maltraité, et il menace de faire intervenir les membres du gouvernement, M. Massé, député de la Nièvre, qu'il connaît. Il accuse sa femme de le tromper et parle de se venger.

Il entend des voix qui lui parlent et leur répond.

Il ne manifeste aucune bienveillance dans ses propos et dans ses actes, au contraire : il maltraite les infirmiers, leur jette à la tête son assiette et ses aliments, leur crache à la figure, et quand sa femme vient le voir il la gifle violemment.

Les idées de satisfaction ne sont pas incohérentes : il est probable qu'il a connu le député de la Nièvre dont il parle toujours, et quand il se dit riche, il reconnaît posséder quelques centaines de francs.

L'examen physique révèle l'existence d'une légère inégalité pupillaire, la pupille droite étant un peu plus grande ; les réflexes pupillaires sont normaux à la lumière et à l'accommodation ; la langue est saburrale et légèrement trémulente ; il n'y a pas d'embarras de la parole, les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés, les artères accessibles au toucher sont un peu dures ; il n'y a pas de troubles de la sensibilité. La motilité paraît intacte, mais à l'examen dynamométrique on note une diminution de la force musculaire du côté droit, 75 à droite, 85 à gauche. Il existe un cal volumineux au niveau de la fracture du deuxième métacarpien droit.

Le diagnostic de paralysie générale ne fut pas porté après la quinzaine d'observation et il ne le fut pas non plus pendant le cours de la maladie.

L'excitation malveillante que nous venons de décrire dura pendant trois mois au moins, jusqu'en avril 1907. Pendant ce temps il fut presque constamment isolé et alité. Il manifeste des craintes d'empoisonnement accompagnées des mêmes réactions violentes vis-à-vis des infirmiers, les mêmes idées de grandeur, la même turbulence, mais ses actes et ses propos ne portaient pas le cachet démentiel : il aimait à dire les vérités de chacun et il le faisait avec l'esprit d'à-propos que l'on observe souvent chez les intermittents, et il aimait aussi à jouer des tours aux infirmiers et à sa femme. C'est ainsi qu'un jour de parloir, il fit en sorte de débarbouiller le visage de sa femme avec le lait qu'elle lui avait apporté, afin de la rendre plus jolie, ajoutait-il. Et le lendemain à la visite, il donnait comme raison de son acte, qu'il avait lu que les bains de lait rendaient le teint plus frais. La mémoire était bien conservée.

Au mois d'avril il devient plus calme ; il se rend compte de sa situation et demande à changer de quartier. Il se montre affectueux avec sa femme et s'intéresse à ce qui se passe chez lui (mariage de sa fille) ; il a renoncé à toutes idées de satisfaction, il n'a plus d'hallucinations ni de craintes d'empoisonnement.

Mais survient un état d'indifférence et d'apathie : il reste alité, il se trouve bien à l'asile ; « bien soigné, dit-il, bien nourri,

il n'y a pas de danger que je sorte d'ici ». De temps en temps apparaissent de courtes périodes d'excitation avec quelques mots grossiers, puis l'apathie reparait.

L'affaiblissement intellectuel apparaît manifestement au mois d'août, l'état se maintient sans modification jusqu'au 6 octobre, époque où le malade succombe à la suite d'une attaque apoplectique, avec une température de 40 degrés, sans convulsions.

A l'autopsie, pas de trace de fracture du crâne. On trouve, du côté gauche, une pachyméningite organisée, recouvrant le lobe frontal gauche et débordant sur les lobes sphénoïdaux et pariétaux. La néo-membrane fibreuse adhérente à la dure-mère avait 1/2 millimètre d'épaisseur et n'avait pas déformé les circonvolutions sur lesquelles elle reposait. Au-dessous d'elle, la pie-mère était transparente, sauf à certains points de la zone rolandique où on trouve quelques placards lactescents et fibreux. La pie-mère présente également quelques adhérences de ce côté. A droite, on trouve dans la fosse sphénoïdale droite une néo-membrane toute récente, rouge vif, qui tapisse la face interne de la dure-mère. La pie-mère, de ce côté, est transparente et n'a pas d'adhérence.

La coupe du cerveau montre des dilatations vasculaires, mais aucune hémorragie.

Les parois des ventricules n'ont pas de granulations.

L'examen des poumons montre l'hépatisation du lobe inférieur gauche. Le foie est gras et pèse 1.820 grammes; les reins pèsent 440 grammes et se décortiquent facilement; la rate pèse 100 grammes; le cœur n'a pas de lésion valvulaire ni myocardique.

*Examen histologique.* — La néo-membrane de la pachyméningite est devenue tout à fait fibreuse; elle se compose de couches de fibres superposées, séparées entre elles par du pigment hématique. Il y a quelques rares vaisseaux à paroi extrêmement mince et remplis de sang.

La pie-mère, épaissie et fibreuse à sa partie externe, est infiltrée dans sa partie interne, de cellules rondes, de globules de sang et de leucocytes chargés de pigments sanguins. L'infiltration est plus marquée au fond des sillons. Les artères ont leur paroi dégénérée, leur endartère légèrement proliféré, les veines, gorgées de sang, ont de la périphlébite.

Dans le cortex, on trouve de la sclérose névroglique de la zone moléculaire; dans la substance grise, de la congestion des vaisseaux, qui ont peu de périvascularite par rapport à ceux de la substance blanche qui en ont beaucoup; en outre, les espaces périvasculaires contiennent du pigment sanguin. Enfin, dans la substance blanche, on trouve autour des vaisseaux de véritables petites lacunes de désintégration. Les fibres tangen-

tielles ont disparu, les fibres de Baillarger sont rares, les fibres de la couronne rayonnante paraissent normales. Les cellules nerveuses ont conservé leur forme, elles sont très pigmentées, quelques-unes ont le noyau excentrique.

Le bulbe ne présente pas de granulations au niveau du plancher. La pie-mère, périlbulbaire, est fibreuse et peu infiltrée. Les vaisseaux ont un peu de périartérite et sont très congestionnés. Les cellules des noyaux paraissent normales. Les fibres du faisceau pyramidal droit sont peut-être un peu moins fournies.

Le ganglion semi-lunaire est fibreux.

Le foie présente une légère cirrhose périportale et de la vasodilatation péri-sus-hépatique, de l'atrophie des cellules, dont quelques-unes ont des vésicules graisseuses.

Les capsules surrénales sont congestionnées et scléreuses.

Les reins ont de la néphrite interstitielle et parenchymateuse (glomérules fibreuses, altération des cellules des tubes contournés).

Cette observation nous a paru digne de vous être rapportée, d'abord parce qu'elle est complète, en ce sens que l'évolution rapide de la maladie nous a permis de suivre le malade, depuis l'accident provocateur jusqu'à l'autopsie, et ensuite parce qu'elle est intéressante au point de vue clinique et au point de vue de l'anatomie pathologique.

Tout d'abord, nous croyons qu'il faut écarter l'hypothèse que la chute du malade, ayant amené le traumatisme crânien, puisse être une conséquence de la maladie. Des renseignements très précis de la femme du malade nous permettent d'affirmer qu'avant l'accident, il ne présentait aucune modification du caractère de l'intelligence, ni de la motilité. Les troubles ne se sont manifestés que vingt ou vingt-cinq jours après l'accident.

Il est vrai que les maux de tête, souvent seuls symptômes de l'hémorragie méningée, n'ont pas été notés après la chute; mais la céphalalgie n'est pas constante, et elle peut avoir passé inaperçue. Il semble donc bien que c'est à l'occasion de la chute que s'est produite l'hémorragie sous dure-mérienne.

Quand nous avons examiné le malade, six semaines après l'accident, il présentait comme symptômes : une inégalité pupillaire (droite > gauche) et une hémiparé-

sie droite, symptômes qui n'étaient pas suffisants pour nous faire faire le diagnostic de pachyméningite du côté gauche.

Les troubles mentaux, l'excitation, la turbulence, les idées de grandeur, nous ont fait hésiter à poser le diagnostic de paralysie générale, malgré l'âge du malade, cinquante-huit ans, et l'absence d'antécédents spécifiques connus; mais ces symptômes n'avaient pas les caractères cliniques observés d'ordinaire chez les paralytiques généraux. Cette malveillance envers certaines personnes, l'esprit d'à-propos qu'il déployait dans ses réparties, les hallucinations de l'ouïe et les interprétations délirantes, nous avaient fait écarter le diagnostic, surtout en l'absence du signe si important de l'embarras de la parole.

La mort est due à une pneumonie à laquelle a succédé une attaque apoplectique.

L'examen des organes, à l'autopsie, nous montre, en dehors de la pachyméningite gauche, une néo-membrane récente, recouvrant la dure-mère du côté droit, et une pneumonie à la période d'hépatisation rouge.

La pachyméningite du côté gauche nous paraît due à une hémorragie qui s'est organisée et qui a subi une transformation fibreuse rapide. Le pigment hématique abondant nous paraît être la preuve de cette origine.

La méningo-encéphalite sous-jacente est analogue à celle que M. Klippel a décrite dans la paralysie générale associée. On trouve à la fois des lésions inflammatoires et des lésions vasculaires antérieures à l'inflammation (artérite, lacune de désintégration).

Nous noterons la sclérose névroglique intense à la périphérie, qui peut s'expliquer par la compression et l'irritation et la prédominance de l'inflammation dans la substance blanche, que nous n'expliquerons pas.

En résumé, l'observation se rapporte à un homme déjà âgé (cinquante-huit ans), artério-scléreux, qui, à la suite d'une chute, a fait une hémorragie méningée, laquelle s'est enkystée et s'est résorbée en tissu fibreux. Secondairement à cette pachyméningite, s'est développée une méningo-encéphalite, qui a donné lieu aux troubles mentaux que nous avons décrits.

Pour ce malade, qui a fait une chute pendant qu'il

se livrait à son travail habituel, la question médico-légale ne s'est pas posée pour nous. La famille avait fait constater l'accident suivant les règles, au moins pour la fracture de la main, et si une procédure a été engagée à propos du rapport de la chute et des troubles mentaux, nous n'en avons pas été avisés du vivant du malade, nous aurions été très embarrassés pour répondre et nous aurions fait les plus expresses réserves ; mais, après l'autopsie et la constatation de la pachyméningite, peut-être aurions-nous pu être plus affirmatifs.

La deuxième observation se rapporte à un malade de vingt-neuf ans qui, à la suite d'un traumatisme cranien, a présenté des troubles mentaux qui l'ont amené à l'asile, où il a séjourné neuf ans. A son autopsie on trouve une adhérence localisée de la dure-mère à la pie-mère, vestige du traumatisme.

Roy..., Auguste, est entré à l'asile de Vaucluse à l'âge de vingt-neuf ans, le 28 mars 1899.

Il était ouvrier étameur dans une raffinerie, marié, père de deux enfants bien portants, non buveur, n'ayant aucuns antécédents héréditaires connus.

Comme antécédents personnels, il est né pendant la guerre de 1870, sa mère fut tuée près de lui pendant la Commune ; il a eu la variole, dont il a conservé les traces.

Au mois d'août 1898, pendant qu'il travaillait dans un atelier dont le plafond était vitré, un carreau de verre se détacha et lui tomba sur la tête. Il fut renversé par le choc, se trouva mal, il eut une blessure assez profonde au niveau de la tête.

Cette blessure nécessita plusieurs pansements, mais ne parut pas avoir de gravité spéciale ; toutefois il ne se livra depuis à aucun travail ; il devint excentrique, original, se préoccupant de sa santé de façon exagérée ; ayant conscience qu'il était malade, il demanda lui-même à être soigné.

Le 28 mars 1899, le D<sup>r</sup> Dagonet constate de l'affaiblissement des facultés avec dépression mélancolique, des préoccupations hypocondriaques portant sur l'état de ses bronches et des tics. Il note en plus une apparence de paralysie générale.

A Vaucluse, le D<sup>r</sup> Taguet confirme le diagnostic de dépression mélancolique et signale en plus quelques accrocs dans la parole.

Un an plus tard, en septembre 1900, on constate un état d'affaiblissement très prononcé des facultés mentales : les

idées hypocondriaques persistent ; il rapporte tout ce qu'il fait et ressent des mouches ! Il a des mouches plein le corps, ce sont elles qui le retiennent à l'asile, elles savent pourquoi il est entré ici, etc. Quand on lui demande son âge, il dit avoir quatre ans.

Il est du reste indifférent, presque somnolent, figé dans une attitude toujours la même, il mange gloutonnement et est très malpropre, sinon gâteux ; il a des tics du cou. Les pupilles sont inégales, les réflexes pupillaires sont normaux ; dans les quelques paroles qu'il prononce on ne constate pas d'embarras de la parole, les réflexes rotuliens sont faibles.

L'année suivante la stéréotypie s'est accentuée, le malade semble figé dans une attitude de *dieu égyptien* qu'il ne quittera plus pendant six ans ; dès qu'il est assis, les pieds sont fortement appuyés à plat sur le sol ; les deux mains, également à plat, sont posées sur les cuisses. Les jambes sont oedématisées et rouges ; les mains ont leur face palmaire d'une pâleur livide due à la pression, alors que la face dorsale est d'un rouge vineux. Les tics du cou ont disparu et sont remplacés par des tics des lèvres : mouvement de la bouche d'un lapin qui broute.

Le malade ne parle plus et refuse d'ouvrir la bouche, montre sa langue, etc. Il obéit cependant aux injonctions de l'infirmier et avec d'autres malades prend part à certaines corvées : port du linge ou du charbon, etc.

Il paraît tout à fait inconscient de son état et de sa situation et est toujours gâteux.

La ponction lombaire montre qu'il n'y a pas de lymphocytose.

L'examen des urines n'a décelé ni sucre, ni albumine, ni urobiline, ni indican.

Le pouls était à 80, cyanose des extrémités.

Le 10 mars 1908, il est tombé dans le coma ; il est très faible, il présente de l'hypothermie, de la petitesse du pouls et meurt.

A l'autopsie, on constate à l'ouverture du crâne, sur le sillon de l'artère méningée moyenne, une petite dépression osseuse avec amincissement de la paroi, vestige d'un traumatisme ancien.

A ce même niveau, en enlevant la dure-mère, on trouve une plaque d'arachnitis intimement adhérente à la pie-mère sous-jacente, la séparation des deux méninges laisse une plaque lactescente, parsemée de petites granulations, de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large, comme il est facile de le constater sur les pièces présentées.

Autour de la plaque d'arachnitis, la pie-mère présente quelques adhérences, alors que sur l'autre hémisphère il n'y a aucune adhérence.

On ne trouve pas de granulations du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule.



Les artères cérébrales ne présentent pas d'athérome.

L'examen des poumons montre une hépatisation de tout le lobe inférieur du côté droit avec un peu d'œdème et de congestion de l'autre côté; on trouve dans le sommet gauche des vestiges de tuberculose ancienne.

Le cœur ne présente aucune lésion. Le foie est un peu gros, mais ne présente pas d'altération appréciable. Les reins paraissent normaux. La rate ne semble pas altérée.

L'examen histologique a porté sur le cerveau, au niveau de l'adhérence de la dure-mère et sur d'autres points de l'écorce.

Au niveau de l'adhérence, la pie-mère est épaissie et fibreuse; à sa surface extérieure on voit plusieurs couches de cellules endothéliales, reliquat de l'adhérence des feuillettes de l'arachnoïde; dans sa face profonde il y a un peu d'inflammation, on trouve quelques cellules rondes, la pie-mère paraît, à ce niveau, adhérer à l'écorce.

Les vaisseaux des méninges n'ont pas de péri-vascularite, même au niveau de l'adhérence; leur paroi paraît légèrement altérée (dégénérescence hyaline).

Le tissu cérébral est infiltré de noyaux et les vaisseaux ont leur paroi infiltrée de cellules rondes.

Les cellules nerveuses (petites et moyennes) ne présentent pas de grosse altération.

A d'autres endroits la pie-mère n'est ni fibreuse, ni enflammée; elle n'est pas adhérente, le tissu cérébral n'est pas infiltré et ses vaisseaux présentent cependant des lésions dégénératives de leur paroi. Quelques cellules pyramidales ont conservé leur forme, mais elles présentent un état laqué, une coloration uniforme qui ne laisse pas voir les grains chromatiques, ni souvent même leur noyau; d'autres sont globuleuses et nettement en voie de dégénérescence.

Le bulbe présente une légère prolifération des cellules neuro-épithéliales de son plancher, sans qu'il y ait formation de granulations.

Les vaisseaux sont légèrement congestionnés, mais paraissent sains. Les noyaux des X<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> paires ne présentent pas de grosse altération.

On remarque dans le noyau du X<sup>e</sup> un grand nombre de cellules dont le protoplasma est très clair et qui possèdent beaucoup de pigment.

Le ganglion semi-lunaire est très infiltré de cellules rondes, les cellules paraissent normales, les vaisseaux sont congestionnés.

Le rein et le foie ne présentent pas d'altération notable, sauf une légère congestion.

La capsule surrénale est normale.

Dans ce cas, les relations entre le traumatisme et les troubles mentaux paraissent indiscutables. D'après les renseignements très précis, obtenus à plusieurs reprises, donnés par les parents et les amis, Roy... ne présentait aucun trouble mental avant l'accident; il buvait du vin comme tous les ouvriers, suivant la formule si souvent entendue; l'accident, chute d'une vitre, ne peut en rien être attribué à sa maladresse. C'est nettement après le traumatisme que les troubles de l'intelligence et du caractère se sont manifestés, et c'est leur aggravation qui a conduit le malade à l'asile.

L'affaiblissement intellectuel, les idées hypochondriaques et quelques signes physiques avaient poussé les premiers observateurs vers le diagnostic de paralysie générale sans que cependant ce diagnostic ait été affirmé.

La durée de la maladie, son évolution fait écarter le diagnostic de paralysie générale que l'autopsie et l'examen histologique permettent de repousser complètement.

La marche de la maladie, la stéréotypie des attitudes du malade, son négativisme, les troubles vasomoteurs devaient faire penser à la démence précoce dont les symptômes auraient été mis en évidence par le traumatisme, comme dans les cas observés par Deny (*Démence précoce*, Deny et Roy, p. 84) et par Joffroy (*Encéphale*, 25 février 1907, p. 113). Mais l'âge du malade au début des accidents (vingt-huit ans), l'absence des troubles de l'intelligence et du caractère avant le traumatisme ne nous paraissent pas en faveur de ce diagnostic.

Bien que l'interprétation des lésions macroscopiques et histologiques d'un sujet dont la maladie a duré neuf ans et qui est mort d'une maladie infectieuse, soit difficile et délicate, nous pensons que l'on peut considérer ce cas comme une observation de démence traumatique simple, survenue chez un sujet prédisposé par une hérédité que nous ne connaissons pas ou peut-être par les excès de vin antérieurs.

Sous l'influence du traumatisme crânien se sont produites des lésions de méningo-encéphalite diffuse, dont la plaque d'arachnitis et l'inflammation sous-jacente

du cortex sont le vestige, la cicatrice, pour ainsi dire.

Ces lésions diffuses dont il reste les traces dans l'autre hémisphère (lésions des cellules, artérite légère), ont donné naissance aux troubles mentaux, cause de l'inter-nement, et à la démence consécutive.

Quelle que soit l'interprétation acceptée, l'observation nous a paru intéressante par suite de l'existence d'une lésion des os du crâne et des méninges qui avait passé inaperçue du vivant du malade.

La troisième observation concerne un homme chez lequel les troubles mentaux apparurent vingt-trois ans après un traumatisme grave de l'orbite.

Philip..., René, âgé de soixante-cinq ans, est entré à l'asile le 17 janvier 1908 et est décédé onze jours plus tard, le 28 janvier. Au point de vue mental, il présentait une confusion mentale extrême, de l'agitation et de la turbulence. Ne semblant pas comprendre les questions, il tenait des propos incohérents, faisait des gestes, brassait ses couvertures, etc.

Physiquement, il était amaigri et affaibli : le poulx était petit et intermittent, le foie était atrophié, les doigts étaient animés de tremblement, la jambe gauche paraissait plus faible que la droite.

Un symptôme intéressant était qu'il présentait une amaurose complète de l'œil droit avec strabisme divergent et que ces symptômes paraissaient en rapport direct avec une cicatrice adhérente à l'os, de 0,04 centimètres de longueur, partant de l'angle interne de l'orbite et remontant sur le front en haut et en dehors.

Des renseignements donnés par sa femme, il résultait que cette cicatrice était le résultat d'un coup de pied de cheval reçu vingt-trois ans auparavant, traumatisme qui avait déterminé la perte de la vision et le strabisme, mais qui n'avait été suivi d'aucun accident délirant ou paralytique.

Philip..., qui était un buveur d'habitude, sans être un alcoolique, put, pendant vingt ans encore après l'accident, exercer la profession d'homme de peine, mais il ne fut plus cocher livreur ; fait qui semble indiquer une diminution dans ses capacités intellectuelles.

Il y a trois ans, il commença à avoir des vertiges sans perte de connaissance, des troubles de la mémoire, puis, plus tard, de l'agitation nocturne et quelques cauchemars ; c'est l'accroissement progressif de l'affaiblissement intellectuel et de la confusion mentale qui provoqua l'entrée du malade à l'asile.

L'autopsie montra de l'œdème du poumon droit (pesant 610 grammes, alors que le gauche pèse 500), de l'atrophie cirrhotique du foie (pesant 790 grammes), de l'atrophie corticale des reins (les deux pèsent 230 grammes).

Mais la partie plus spécialement intéressante de l'autopsie est celle du crâne; dès l'ouverture du crâne, dès que le cerveau est enlevé, on voit que la face supérieure de l'orbite a été atteinte par la fracture; elle est déformée et comme épaissie.

La face inférieure du lobe frontal (lobe cellulaire) est le siège d'un *ramollissement ancien*, mais assez profond que je vous présente.

Le nerf optique de ce côté est nettement atrophié et grisâtre et une coupe de ce nerf coloré au Weigert montre la dégénérescence de tous les éléments nerveux.

Les cas de ramollissement traumatique suivis de troubles mentaux sont connus et M. Viollet, dans sa thèse, rapport deux observations tirées du mémoire de M. Dubuisson.

Les rapports qui unissent la traumatisme : la lésion osseuse, l'atrophie du nerf optique et le ramollissement du nerf frontal, sont bien nets; il n'en est plus de même des relations du traumatisme et des troubles mentaux survenus vingt-trois ans plus tard.

Il est certain que, pour employer l'expression de Lasègue, ce malade avait perdu sa virginité cérébrale; du fait du traumatisme et la lésion nécrobiotique, il était devenu un cérébral plus apte qu'un autre à délirer.

La quatrième observation se rapporte à un homme de cinquante et un ans, cocher, buveur, ivrogne, ayant toujours présenté des alternatives d'excitation et de dépression. Ce malade subit de nombreux traumatismes craniens : coup violent sur la nuque dans son enfance, coup sur le nez qui lui fit perdre connaissance il y a quinze ans; enfin, il y a six ans (à quarante-cinq ans), il fit une chute sur la tête et se fit, au dire du médecin traitant, une fracture de l'os temporal droit. Le même médecin aurait annoncé l'apparition des troubles mentaux ultérieurs.

Cinq ans plus tard, ce malade présente un accès de délire polymorphe, mélange d'idées mystiques et d'idées de persécutions, d'hallucinations de la sensibilité générale (les rayons X) et d'interprétations délirantes. Très excité et très violent, malpropre, déchireur, etc.

Il mourut après huit mois d'internement, après avoir eu une

légère attaque convulsive du côté droit et s'être affaibli rapidement. Le seul symptôme positif que nous ayons pu constater à son entrée dans le domaine physique était l'absence du réflexe plantaire gauche. Plus tard, nous avons constaté l'apparition progressive de troubles de l'équilibre mal définis, l'obligeant à élargir sa base de sustentation en se tenant les jambes écartées, le corps penché en arrière ; dans les dernières semaines de son existence ces troubles semblaient plus marqués du côté gauche et ne lui permettaient plus de se tenir debout sans être soutenu.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de fracture dans l'os temporal droit, ni pachyméningite, ni méningite localisée. La première est un peu fibreuse, mais n'est pas adhérente. Dans l'hémisphère droit, au niveau de la capsule interne, un piqueté rouge, reliquat d'une hémorragie ancienne, et du côté gauche, au niveau de l'angle bulbo-protubérentiel, *une grosse tumeur* que je vous présente.

De plus, l'hémisphère cérébelleux du côté gauche était atrophié dans son ensemble et pesait 30 grammes de moins que celui de l'autre côté.

Les autres organes ne présentaient rien d'intéressant : adhérence de la plèvre du côté droit, congestion du poumon gauche, 1.200 grammes, foie gras et un peu cirrhotique (1.570 gr.), reins, 300 grammes.

La cavité péricardique contenait 100 grammes environ de liquide et le péricarde viscéral était infiltré de liquide.

Là encore, les rapports du traumatisme et des troubles mentaux sont des plus difficiles à établir ; les relations entre les traumatismes et les lésions cérébrales sont elles-mêmes douteuses. La tumeur est un fibrogliome ; elle a détruit le pédoncule cérébelleux moyen gauche, ce qui explique l'hémiatrophie du cervelet. Sur certaines coupes, on voit la participation de la pie-mère bulbaire à la formation de la tumeur, et il est permis de penser que ce fibrome a tiré son origine de la pie-mère.

Est-ce l'inflammation traumatique de cette pie-mère qui est devenue le point de départ de cette tumeur ?

La pathogénie traumatique de certains gliomes est admise (H. Bennet, Raymond, cités par Léon Tixier) ; il est possible de l'admettre également dans ce cas.

L'hémorragie punctiforme de la capsule interne du côté gauche, c'est-à-dire du côté traumatisé six ans auparavant, sont également d'origine traumatique.

Mais ces lésions ne peuvent agir que comme point d'appel d'autres altérations diffuses qui, elles, sont en relation directe avec le délire.

#### DISCUSSION

M. DENY. — M. Vigouroux, dans sa seconde observation, ne porte pas le diagnostic de démence précoce. Pourtant, l'âge de vingt-huit ans n'est pas un argument péremptoire. D'après les symptômes énumérés, il semble bien que le diagnostic de démence précoce soit le plus vraisemblable dans l'état actuel de la science.

M. VIGOUROUX. — Je ne repousse pas ce diagnostic de démence précoce ; je me suis contenté de celui de démence traumatique.

La séance est levée à 5 heures 55 minutes.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

---

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Revue des thèses de la Faculté de Lyon.

ANNÉE SCOLAIRE 1905-1906.

- I. — *Le cœur dans la maladie de Friedreich*; par le D<sup>r</sup> Saury.  
Th. Lyon, novembre 1905, 68 pages.

Il y a grand intérêt à examiner systématiquement le cœur dans la maladie de Friedreich. Il est, en effet, assez souvent atteint. Sur les trente observations authentiques suivies d'autopsie, l'auteur en a rencontré vingt où les lésions du cœur sont signalées, et sur soixante-dix cas sans autopsie il y a lésions cardiaques signalées dans une quinzaine de cas.

Le plus souvent on rencontre de la myocardite, plus rarement de l'endocardite; une fois on a trouvé une symphyse du péri-carde. Dans quelques cas on a noté l'extension de la sclérose médullaire au noyau bulbaire du pneumogastrique.

Cliniquement on note des palpitations, de la tachycardie, de la faiblesse cardiaque; plus rarement des signes d'endocardite chronique avec lésions orificielles et valvulaires.

L'auteur, constatant que l'infection est très souvent signalée à l'origine de la maladie, pense que la myocardite et l'endocardite doivent être rapportées à la cause infectieuse et conclut que les lésions du cœur et celles des cordons postérieurs sont deux déterminations jumelles d'un même processus infectieux ou toxi-infectieux.

- II. — *Séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale épidémique*; par le D<sup>r</sup> M. Chailly. Th. Lyon, décembre 1905, 59 pages.

Les études sur la méningite cérébro-spinale ont jusqu'ici porté sur la période aiguë de cette maladie; la raison en est simple : cinquante à quatre-vingts pour cent des malades atteints meurent

dans les premières semaines de la phase aiguë. Que deviennent les malades qui guérissent? Leur guérison est-elle complète, définitive? Peut-être moins souvent qu'on ne le suppose. Il arrive, en effet, dans un certain nombre de cas, que les malades guéris de méningite cérébro-spinale épidémique sont atteints de troubles, soit cérébraux, soit médullaires, d'allure chronique ou subchronique. Ces complications éloignées de la méningite cérébro-spinale épidémique peuvent ne pas être rattachées à leur cause réelle : certains malades, par exemple, atteints de troubles mentaux consécutifs vont dans un asile d'aliénés, où la cause première de leur affection reste souvent inconnue. L'auteur a rapporté huit observations, dont trois inédites, dues aux médecins-majors Chavigny et Georges dans lesquelles les complications éloignées ont révélé les formes mentales et pariéto-spasmodiques. Ce travail est très intéressant au point de vue de la pathogénie des maladies mentales.

---

III. — *Etude médico-psychologique sur Edgard Poë*; par le D<sup>r</sup> G. Petit. Th. Lyon, décembre 1905, 97 pages, un portrait.

Cette très intéressante étude appartient à la série inspirée par le professeur Lacassagne. Le cas d'Edgard Poë, alcoolique et opiophage, méritait, en effet, d'être l'objet de recherches psychopathologiques qui n'avaient pas encore été faites par un médecin. Pour l'auteur, Edgard Poë a été un malade, qui, sous l'influence d'une tare héréditaire (alcoolisme à deux générations), a mené une existence déséquilibrée, errante et malheureuse terminée dans la folie. Au fond pathologique caractérisé par des troubles moraux et sensoriels, avec intégrité relative de l'intelligence, s'est ajouté dès le début de la puberté un besoin héréditaire des boissons alcooliques, dipsomanie véritable qui, aggravée quelques années plus tard par l'abus de l'opium, a amplifié tous les caractères morbides de l'état mental. Il a amené du délire des grandeurs, de l'érotomanie; il a créé des obsessions, des impulsions, des phobies; il a causé enfin une diminution progressive des facultés intellectuelles, confinant peut-être à la démence. L'influence de l'état mental sur l'œuvre littéraire est manifeste; les états morbides les plus caractéristiques de Poë ont été transformés par lui en récits, dans lesquels il les a décrits avec une exactitude et une vivacité de souvenirs qui n'ont d'égale que la



perfection de la forme dont il les pare. C'est, dit l'auteur en terminant son étude, à sa dégénérescence mentale doublée de son alcoolisme que Poë devra son immortalité.

---

IV. — *De l'alcoolisme acquis du nourrisson et de l'enfant*; par le D<sup>r</sup> P. Baron. Th. Lyon, décembre 1905, 79 pages.

Le nourrisson peut devenir alcoolique par l'absorption du lait d'une nourrice alcoolique, par l'ingestion directe de boissons alcooliques ou, exceptionnellement, par la respiration des vapeurs d'alcool. Les accidents caractéristiques notés sont dans le premier cas les convulsions, dans le deuxième les troubles gastro-intestinaux et l'ivresse, dans le troisième l'agitation anormale du nourrisson. Chez les enfants, l'alcoolisme s'observe fréquemment surtout chez les descendants d'alcooliques. Parmi les causes favorisantes, il faut incriminer spécialement l'ignorance et le vice des parents, la nullité jusqu'à ces dernières années de l'enseignement antialcoolique, l'entraînement par les camarades plus âgés, l'abus dans les familles et à l'hôpital des vins médicinaux et des potions alcooliques. Les troubles chez l'enfant ressemblent à ceux de l'adulte, mais les accidents apparaissent rapidement et les phénomènes nerveux prédominent (terreurs nocturnes, convulsions, épilepsie, chorée, délire dans les maladies infectieuses). Il faut insister aussi sur le peu de développement des enfants alcooliques, sur leur déchéance psychique précoce et enfin sur leur criminalité. Le traitement sera prophylactique, et le rôle du médecin est considérable. Trente-quatre observations, dont beaucoup proviennent du service du D<sup>r</sup> Audry, donnent à la thèse un caractère personnel. L'auteur y signale le rôle de la ligue antialcoolique du lycée de Lyon.

---

V. — *Contribution à l'étude des sarcomes des méninges et en particulier des sarcomes perforants (anciens fongus de la dure-mère)*; par le D<sup>r</sup> R. Hérisson. Th. Lyon, décembre 1905, 70 pages.

On comprend d'ordinaire sous le nom de fongus de la dure-mère tous les néoplasmes perforant les os du crâne, quel que soit leur point de départ, osseux, arachnoïdien ou pie-mérien. Cette

dénomination est imprécise cliniquement, puisqu'elle ne préjuge pas de la nature de la tumeur; elle est erronée anatomiquement, car les néoplasmes de la dure-mère sont exceptionnels relativement aux sarcomes osseux et pie-mériens. Ces derniers évoluent en deux temps, intracranien et extracranien. Au stade intracranien, ils se caractérisent par des symptômes cérébraux variables suivant leur siège (au lobe frontal, par de la céphalée et de l'œdème de la papille, sans signes de localisation). Leur stade extracranien s'annonce par des altérations de l'os : ramollissement progressif (déjà signalé par Jaboulay dans les tumeurs cérébrales), aboutissant peu à peu à l'usure de l'os dans la forme perforante; hyperostose réactionnelle, tout au moins transitoire, dans la forme ossifiante, exceptionnelle. L'extirpation des sarcomes osseux ou pie-mériens limités est possible dans quelques cas, mais lorsque la tumeur née dans les méninges est devenue extracranienne, son étendue et sa vascularisation sont d'ordinaire trop grandes pour qu'on songe à extirper. On ne peut alors que ralentir sa marche par les ligatures vasculaires (carotides externes, vertébrales, suivant le territoire). Cinq observations, dont deux inédites, du service du professeur Jaboulay.

---

VI. — *Observations inédites d'asthénie motrice bulbo-spinale (syndrome d'Erb-Goldflam)*; par le D<sup>r</sup> P. Fontanel. Th. Lyon, décembre 1905, 75 pages.

De cinq observations communiquées par MM. Leclerc, Lannois et Josserand, l'auteur conclut que l'asthénie bulbo-spinale n'est pas une, mais comprend un grand nombre de faits dont le lien commun réside seulement dans l'analogie des symptômes. C'est un syndrome d'attente se rapprochant par certains côtés, et suivant les cas, soit de la neurasthénie ou des paralysies « sine materia », soit des paralysies vraies telles qu'elles existent dans la polio-encéphalo-myélite et dans la paralysie pseudo-bulbaire de Lépine.

---

VII. — *Gall et son œuvre*; par le D<sup>r</sup> J. Létang. Th. Lyon, décembre 1905, 123 pages.

Gall se présente sous un double aspect; la craniologie l'a surtout fait attaquer et ridiculiser par des esprits parfois super-

ficiels, mais il a été aussi un savant et un philosophe méconnu de son temps et oublié depuis sa mort. Le premier, il a décrit la structure générale du système nerveux en distinguant la substance blanche et la substance grise; sa conception des ganglions et des fibres a fixé les fonctions conductrices des nerfs et leur dépendance à l'égard de la substance grise. Il a déterminé la physiologie du système nerveux, encore inconnue. Le premier, il a montré l'action prépondérante du cerveau sur tout l'organisme; il en fait le siège du *sensorium commune* et l'intermédiaire entre l'âme et le corps. La thèse de M. Létang, inspirée par le professeur Lacassagne, rend justice au profond érudit, à l'énergique travailleur qu'était Gall, ainsi qu'à son esprit perspicace et à sa vaste intelligence dont l'influence inavouée s'est fait sentir dans les travaux subséquents sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux et la théorie actuelle des localisations cérébrales.

---

VIII. — *Contribution à l'étude de l'alcoolisme héréditaire (Anomalies de développement chez les enfants de parents alcooliques)*; par le D<sup>r</sup> E. Charra. Th. Lyon, janvier 1906, 96 pages.

Bonne revue de l'influence de l'alcool sur les fonctions génitales, sur la grossesse et l'accouchement, et de l'action tératogène du poison alcoolique. L'auteur ne signale pas de stigmates absolument propres à l'hérédito-alcoolisme. Il mentionne cependant l'infantilisme et, en rapportant une observation communiquée par le professeur Fabre, il se demande si les reins polykystiques congénitaux, dont la pathogénie est encore très obscure, ne doivent pas être rapportés à l'alcoolisme des géniteurs.

---

IX. — *Les idées de négation dans les états hypochondriaques*; par le D<sup>r</sup> M. Loup. Th. de Lyon, février 1906, 92 pages.

L'auteur se rallie à la doctrine proposée par Roy et acceptée par la plupart des auteurs, d'après laquelle il faut un état psychopathique et des lésions organiques pour créer l'état hypochondriaque; puis, se limitant à l'étude de ce syndrome, dans les mélancolies anxieuses, il établit que les idées de négation

ne sont pas une résultante nécessaire du délire hypocondriaque ; ensuite, que leur apparition est le signe de l'involution sénile ou bien de tares cérébrales profondes ; enfin, que leur pronostic est sombre, vu la gravité de leurs causes efficientes, mais non fatal, et que leur guérison, quoique peu probable, est néanmoins possible. M. Loup adopte sur ce point les idées du professeur Bianchi et s'est servi des observations d'évolution complète présentées par MM. Taty et Chaumier au Congrès de Rennes. La thèse se termine par un index très important et très complet disposé par pays.

---

X. — *Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhino-pharynx* ; par le D<sup>r</sup> A. Convers. Th. Lyon, février 1906, 90 pages.

M. Royet a beaucoup insisté sur l'influence manifeste exercée sur les phénomènes psychiques par les maladies, aiguës ou chroniques, des fosses nasales et du rhino-pharynx. Cette influence détermine habituellement une diminution de l'activité intellectuelle et surtout de l'attention. Suivant l'âge du sujet atteint, le type clinique varie. Chez l'enfant, c'est l'aprosxie, d'où agitation et instabilité mentale, états pouvant aller jusqu'à simuler l'idiotie. Chez l'adulte, c'est surtout de l'asthénie avec phénomènes d'angoisse, allant vers l'hypocondrie et la mélancolie. Il s'y mêle un peu d'obnubilation intellectuelle. La gravité de l'état dépend moins de la lésion nasale que de la prédisposition du sujet ; néanmoins l'influence pathogénique de la lésion est indéniable. Cette influence porte sur l'état général, sur les organes voisins : cerveau et oreilles, et, par voie réflexe, sur la circulation cérébrale, le cœur et le poumon. Le traitement est chirurgical, mais les interventions doivent être prudentes. L'auteur a repris et développé les idées de Royet et donne huit observations, dont cinq avec examens de M. Royet.

---

XI. — *Etude psychiatrique sur Benvenuto Cellini* ; par le D<sup>r</sup> P. Courbon. Th. Lyon, février 1906, 94 pages.

Cellini est né dans une famille de nerveux, ses parents étaient âgés ; lors de sa naissance, les diverses infections, paludisme, syphilis, peste, dont il fut atteint, ne firent qu'exagérer en lui la prédisposition morbide héréditaire. Toute sa vie il fut un déséquilibré, sujet aux impulsions criminelles (trois meurtres

avoués), aux obsessions, aux fugues; il présentait de l'absence de sens moral et des perversions sexuelles; chaque secousse de son existence, maladies, captivité, surmenage, s'accompagna de bouffées délirantes ou d'hallucinations oniriques. L'ensemble de ces signes permet de le ranger parmi les dégénérés supérieurs. La thèse, très intéressante, fait partie de la série des études psychopathiques inspirées par le professeur Lacassagne et contient un portrait de l'artiste tiré de l'ouvrage de Plon (1883), qui montre une asymétrie faciale très nette.

---

XII. — *Pathogénie conjonctivo-vasculaire du tabes dorsalis*; par le D<sup>r</sup> M. Beutter. Th. Lyon, juillet 1906, 132 pages.

Bonne revue critique de la pathogénie du tabes avec un index très complet. L'auteur, adoptant les idées de M. Parrot, pense que le processus tabétique est interstitiel et vasculaire, obéissant ainsi à la loi générale des lésions syphilitiques. La lésion primitive du tabes lui paraît être une inflammation conjonctivo-vasculaire de la pie-mère et de ses septa, dans tout le domaine de la circulation postérieure de la moelle.

---

XIII. — *Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par la ponction lombaire*; par le D<sup>r</sup> J.-B. Ninot. Th. Lyon, juillet 1906, 96 pages.

La ponction lombaire est un moyen précieux et inoffensif de diagnostic. Négative, elle permet de rassurer le malade; positive, elle montre, dans le liquide céphalo-rachidien, quatre ordres d'éléments de la formule habituelle suivante: grande quantité de lymphocytes, quelques mononucléaires, quelques cellules endothéliales et de très rares polynucléaires. La réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien est extrêmement précoce. Elle existe alors qu'il n'y a que des troubles fonctionnels non caractéristiques et aucun signe somatique.

---

XIV. — *Indications et contre-indications cliniques du véronal*; par le D<sup>r</sup> J. Pénard. Th. Lyon, juillet 1906, 87 pages.

Le véronal ou diéthylmalonylurée est un hypnagogue direct de grande valeur. Il est aussi légèrement sédatif. La dose utile est de 30 centigrammes chez la femme et 50 centigrammes

chez l'homme. Il donne 5 à 7 heures d'un sommeil très ressemblant au sommeil physiologique. Ces doses peuvent être augmentées, par fractions, chez les aliénés. L'indication est l'insomnie nerveuse, la contre-indication est l'insuffisance rénale. Il peut être employé dans les insomnies consécutives aux affections des divers appareils viscéraux.

TH. TATY.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PILCZ (Alexander). Beitrag zur Lehre von der Heredität. 29 pages in-8°. Extrait des *Arbeiten aus dem neurologischen Institute*. Vienne, 1907.

Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibliche Gemüthskranke bei Riehen. Siebente Jahresbericht (1<sup>er</sup> septembre 1906 bis 31 August 1907). 20 pages in-8°. Bâle, 1907.

RÉJA (Marcel). L'art chez les fous. Le dessin, la prose, la poésie. 1 vol. in-12 avec 26 dessins. Paris, Société du *Mercure de France*, 1907.

MESLIER (Paul). Contribution à l'étude des méningites consécutives aux fractures de la base du crâne. 65 pages in-8°. Thèse de Paris, 1907.

PATINI (Ettore). L'inibizione motrice studiata sperimentalmente negli ammalati di mente. Ricerche di psicofisica. 1 vol. in-8° de 257 pages. Naples, 1907.

— La dimenticanza a scadenza determinata o fenomeno del « Verdon ». 14 pages in-8°. Naples, 1907.

— Contributo allo studio sperimentale della formula endofasica. 42 pages in-8°, Naples, 1907.

HOSPITAL (Pierre). Le registre d'observations, 19 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*. numéro de novembre-décembre 1907.

De NANSOUTY (Max). Actualités scientifiques. 4<sup>e</sup> année. 1 vol. in-12 de 316 pages. Paris, Schleicher frères, 1907.

GUIRAUD (Paul). La propriété neurotoxique. 79 pages in-8°. Thèse de Montpellier, 1907.

Th. ZIEHEN. Das Gedächtniss. Festrede gehalten am Stiftungstage der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, 2 Dezember 1907. 50 pages in-8°. Berlin, Aug. Hirschwald, 1908.

Forty eighth annual report of the board of directors and superintendent of Longview hospital, Cincinnati, O., for the year 1907. 64 pages in-8° avec planches. Cincinnati, 1907.

J. GRASSET. Introduction physiologique à l'étude de la phi-

losophie. Conférences sur la physiologie du système nerveux de l'homme, faites à la Faculté des lettres de Montpellier. Préface de M. Benoist. 1 vol. in-8° (368 pages avec 47 fig.) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1908.

— La responsabilité des criminels. 1 vol. in-16 (276 pages) de la *Bibliothèque internationale de science et de droit*. Paris, Bernard Grasset, 1908.

MAILLARD (Gaston). Considérations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses (tonus, équilibration, expression). 155 pages in-8°, avec planches. Paris, Jules Rousset, 1907.

BINET-SANGLÉ. La folie de Jésus, son hérédité, sa constitution, sa physiologie. 294 pages in-8°. Paris, A. Maloine, 1908.

Proposition de loi relative au régime des aliénés adoptée par la Chambre des députés le 22 janvier 1907. Examen des articles. Texte proposé par la Société médicale des asiles d'aliénés de la Seine. 25 pages in-8°. Cahors. Imprimerie A. Coueslant. S. d.

FROISSART. La paralysie générale post-traumatique. Etude étiologique et médico-légale. 169 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1907.

HARRISSON TOWA (Clara). A psychological analysis of three delusional states: the belief in the control of thought from without, in the unreality of the external world, and in the unreality of the self. 12 pages in-8°. Extrait du *The psychological Clinic*. Vol. I, n° 7. Philadelphie. S. d.

Fifty-seventh annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penna, for the year ending september 30, 1907, 58 pages in-8°, avec planches. Harrisburg, 1907.

The one hundred and tenth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane near Catonsville, Baltimore County. 54 pages in-8°, avec planches. Baltimore, 1907.

DORIA (Rodrigues). Toxemia e crime. 37 pages in-8°, Rio-de-Janeiro, 1907.

ZIEHEN (Th.). Psychiatrie für Aerzte und Studirende bearbeitet. 3<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-8° de 802 pages, avec planches. Leipzig, S. Hirzel, 1908.

Publications of Cornell university medical college. Studies from the department of neurology. 1 vol. in-8°, avec planches. New-York City, 1907.

H.-O. SCHLUB. Un cas d'ivresse du sommeil. Communication à la Société médicale neuchâteloise. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, numéro du 20 janvier 1908.

# VARIÉTÉS

---

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

*Arrêtés de février 1908* : M. le D<sup>r</sup> COURBON, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

M. le D<sup>r</sup> HALBERSTADT, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant ;

M. le D<sup>r</sup> CORNU, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Marseille.

— *Arrêtés de mars 1908* : M. le D<sup>r</sup> ROBERT, médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure) ;

M. le D<sup>r</sup> DUCOS, médecin-adjoint de l'asile de Lafond, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), poste créé ;

M. le D<sup>r</sup> ALBÈS, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne) ;

M. le D<sup>r</sup> ROUGEAN, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau ;

M. le D<sup>r</sup> ROUSSET, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> CALMETTES, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ;

M. le D<sup>r</sup> NOUET, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant.

— *Arrêtés d'avril 1908* : M. le D<sup>r</sup> MAILLARD, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

MM. les D<sup>rs</sup> DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), et LEVASSORT, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), sont promus à la première classe de leur grade (3.000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> BÉCUE, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin en chef de l'asile privé, faisant



fonction d'asile public, de Sainte-Madeleine, près Bourg (Ain), et est maintenu dans le cadre des médecins en chef des asiles publics d'aliénés (poste créé);

M. le D<sup>r</sup> DUCOSTÉ, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie).

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Est promu officier de l'Instruction publique, M. le D<sup>r</sup> DIDE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne);

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D<sup>rs</sup> BARUK, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne); LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), et M. LAMBERT, pharmacien en chef de l'asile de Bron (Rhône).

### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> MARANDON DE MONTYEL. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, décédé le 20 mars 1908, dans sa cinquante-septième année.

Evariste Marandon de Montyel était né, le 4 décembre 1851, à Fort-de-France (Martinique). Venu très jeune en France, il y termina ses études classiques et commença sa médecine à la Faculté de Montpellier. Nommé interne à l'asile d'Auch, il se donna tout entier aux recherches médico-psychologiques. En 1876, à peine âgé de vingt-cinq ans, il se trouva en mesure de passer sa thèse de doctorat; elle est intitulée : *Etude médico-légale sur un cas de folie épileptique*.

Il entra dans le service des aliénés le 15 janvier 1877. D'abord médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, il passa ensuite en la même qualité à l'asile de Toulouse. Promu médecin en chef au mois de mai 1880, il occupa successivement les postes de Marseille, Dijon, Pau, et enfin, à Ville-Evrard (1886).

Notre regretté confrère était un travailleur infatigable; les mémoires et articles qu'ils a produits sont en nombre incalculable. Dès le lendemain de la soutenance de sa thèse de doctorat, il publiait dans les *Annales médico-psychologiques* deux articles des plus intéressants : le premier est une *étude médico-légale sur un cas de folie simulée*; le second, un travail sur *la maladie des Scythes*. Depuis, Marandon de Montyel est devenu un collaborateur assidu de ce recueil; il n'est guère de volume où ne se trouve un article sorti de sa plume si féconde.

Sa facilité de travail et, par suite, sa fécondité étaient vraiment remarquables. Il abordait avec la même aisance les questions les plus diverses de notre spécialité, mais toujours avec une note personnelle qui, sur certains sujets, frisait parfois le paradoxe. Il avait le style abondant, mais toujours clair; aussi

n'y a-t-il aucun de ses nombreux mémoires qui ne se lise avec plaisir et le plus souvent avec profit.

On peut regretter que notre distingué collègue ait ainsi éparpillé son talent dans de trop multiples publications, dont la plupart éphémères, au lieu de concentrer son activité intellectuelle sur un sujet bien délimité, qu'il aurait étudié sous tous ses aspects, et d'attacher ainsi son nom à un ouvrage de longue haleine, plus achevé, sinon définitif. Avec un peu d'effort sur lui-même, Marandon de Montyel aurait pu écrire un tel ouvrage qu'on avait le droit d'attendre de sa longue expérience clinique et de son savoir si étendu en pathologie mentale. Toutefois, telle qu'elle est, son œuvre, si riche et si variée, aura été utile; j'ajouterai qu'en plus d'une de ses parties elle sera toujours consultée avec fruit, car on y trouve, semées à pleines mains, des vues originales, défendues avec chaleur et conviction.

Depuis des années, notre regretté collègue souffrait d'une affection grave qui, heureusement, ne l'empêchait pas de travailler. Il supporta de cruelles souffrances avec un rare stoïcisme, conservant son entrain et sa gaieté, qu'il communiquait à son entourage. Une dernière joie lui fut réservée : il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur en janvier 1906. Un an après, il dut se résigner à demander sa mise à la retraite.

**PROFESSEUR MIERZEJEWSKI.** — Le professeur Mierzejewski, de Saint-Petersbourg, est mort, le 18 mars dernier à Paris, où il était venu pour assister au jubilé de M. Magnan. Il avait soixante-neuf ans.

Professeur de la Faculté impériale de médecine de Saint-Petersbourg et membre du Conseil médical de l'empire russe, le Dr Mierzejewski occupa jusqu'en 1906 la chaire des maladies mentales, et forma de nombreux élèves qui, devenus maîtres à leur tour, occupent aujourd'hui les services psychiatriques de la Russie.

Il avait fait, dans sa jeunesse, un long séjour à Paris, qu'il avait consacré à se perfectionner dans l'étude des maladies mentales et nerveuses. Il suivit assidûment les services de Bailarger et de Charcot, à la Salpêtrière, et de Magnan, à l'asile Sainte-Anne. En collaboration avec ce dernier maître, dont il devint l'ami, il publia d'importants travaux sur les lésions du cerveau de la paralysie générale, travaux aujourd'hui classiques.

Notre savant confrère assista au Congrès international de médecine mentale qui se tint à Paris lors de l'Exposition de 1878. Aucun des rares survivants de cette réunion n'a oublié la magistrale communication qu'il fit à la séance du jeudi 8 août et qui est intitulé : *Recherches anatomo-pathologiques sur l'idiotie*. C'est une étude à tous égards remarquable, et qui fut très appréciée.

Mierzejewski fonda, en 1883, le « *Messenger de psychiatrie et de neurologie de Saint-Pétersbourg* » et le dirigea depuis avec le plus grands succès. Il était membre associé de la Société médico-psychologique depuis 1878, et l'Académie de médecine l'avait élu membre correspondant étranger en 1896.

Nous ne saurions mieux terminer cette trop courte et incomplète notice qu'en citant les passages suivants du discours prononcé par le président de cette Compagnie, dans la séance du 24 mars 1908 :

« Le professeur Mierzejewski avait l'âme éminemment française... Nos malheurs en 1870 l'avaient profondément affecté. Je relève, dans l'allocution qu'il avait préparée pour le jubilé de Magnan, cette phrase qui exprime bien ses sentiments : « C'est avec la plus anxieuse attention que nous attendions des nouvelles des champs de bataille ; nous espérions toujours, mais hélas ! nos espérances furent ensevelies dans un gouffre de tristesse. »

« Personne plus que lui n'applaudit au relèvement de notre pays dans les années qui suivirent celle de nos désastres.

..... « La mort du professeur Mierzejewski est un deuil pour la science russe ; elle est aussi une grande perte pour le monde scientifique français au milieu duquel il est venu mourir et où il comptait de chaudes amitiés. »

#### JUBILÉ DU D<sup>r</sup> MAGNAN.

Une nombreuse assistance se réunissait, le dimanche 15 mars dernier, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre du bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne pour fêter le jubilé de notre éminent collègue, le D<sup>r</sup> Magnan. La cérémonie était présidée par M. le professeur Ch. Bouchard ; elle laissera dans la mémoire de tous ceux qui y ont assisté le meilleur souvenir.

Il nous est impossible d'en faire un compte rendu plus exact que celui qui a été donné par le *Temps* (numéro du mardi 17 mars 1908) ; nous le reproduisons donc intégralement, en le faisant suivre du discours prononcé par le D<sup>r</sup> Ant. Ritti, au nom de ses collègues de la Société médico-psychologique.

« Ce matin a eu lieu, à l'asile Sainte-Anne, dans le même amphithéâtre qu'il a illustré par ses leçons, la remise au D<sup>r</sup> Magnan, qui dirige le service de l'admission depuis quarante ans, d'une plaquette offerte par ses collègues, ses élèves et ses amis.

« Parmi l'assistance très nombreuse, on remarquait M. Clemenceau, ministre de l'intérieur, président du Conseil ; les professeurs Raymond, Le Dentu, A. Gautier, Pozzi, le

D<sup>r</sup> Duguet, membres de l'Académie de médecine; les D<sup>rs</sup> Navarre, conseiller général, Brousse, député, etc., etc.

« Cette fête a été troublée par la fâcheuse nouvelle survenue inopinément de la maladie grave du D<sup>r</sup> Mierzejewski, de Saint-Petersbourg, venu tout exprès pour apporter au D<sup>r</sup> Magnan l'expression émue d'une affection qui remonte à de nombreuses années, et délégué par le Conseil médical de l'Empire. Le D<sup>r</sup> Magnan, fort ému, en a fait part à l'assistance.

« M. Clemenceau s'est associé aux paroles du D<sup>r</sup> Magnan et lui a donné l'accolade au milieu des applaudissements.

« Le professeur Bouchard a retracé ensuite, en quelques mots heureux, la carrière du D<sup>r</sup> Magnan, dont il a été l'ami dès le commencement de leurs études médicales. Fréquemment applaudi, il a redit leurs débuts communs, leurs espérances d'alors. Il a terminé en le félicitant des belles découvertes qui ont grandement servi la science.

« Après lui, le D<sup>r</sup> Motet, membre de l'Académie de médecine, M. Gley, professeur au Collège de France, les D<sup>rs</sup> Ritti, Briand, Sérieux, se font les interprètes des compagnies auxquelles ils appartiennent pour féliciter le D<sup>r</sup> Magnan et le louer des progrès qu'il a fait faire à la science qu'il honore si grandement. Tous ont été unanimes à dire quelle révolution il a apportée dans la médecine mentale en fondant sa méthode sur l'observation attentive des malades et en montrant les précieux enseignements que la physiologie pathologique puise dans les leçons de la clinique.

« M. Magnan a remercié ensuite tous les orateurs et avec eux le D<sup>r</sup> Bajenof, qui lui a remis deux adresses de la Société des neurologistes et aliénistes de Moscou et du Conseil de psychiatrie de la Faculté de Moscou. Il a remercié également le D<sup>r</sup> Ladame de lui avoir apporté le salut de ses confrères suisses; puis il a rappelé qu'il y a vingt-cinq ans le médecin non pourvu de camisole de force était blâmé pour son imprévoyance, pour le péril qu'il faisait courir à l'entourage des malades; on lui prédisait les pires accidents. Ceux-ci ne se sont pas réitérés; la fureur maniaque a disparu des salles; en douze ans, le service de l'admission n'a eu à déplorer que 3 suicides sur plus de 20.000 malades hommes, et pas un seul parmi les femmes en aussi grand nombre. La cause est jugée.

« M. le professeur Richer, membre de l'Institut, s'était chargé de graver la plaquette du jubilé : il l'a fait avec un goût exquis. M. Magnan y voit plus encore : l'artiste a su marquer une date dans l'histoire de l'assistance des aliénés; sa plaquette montre la salle d'hôpital remplaçant le quartier cellulaire; elle confirme la substitution de la persuasive douceur aux moyens de contrainte. »

*Discours du D<sup>r</sup> Ant. Ritti, au nom de la Société  
médico-psychologique.*

MON CHER COLLÈGUE ET AMI,

Je considère comme un très grand honneur d'avoir été appelé, en qualité de secrétaire général de la Société médico-psychologique, à prendre la parole en cette fête jubilaire destinée à célébrer une belle et noble existence, consacrée tout entière au labeur scientifique le plus fécond, à un enseignement aux résultats durables, à un dévouement constant, mais éclairé par un savoir profond, aux malheureux blessés de l'intelligence.

Le lieu d'élection de cette cérémonie familiale me semble admirablement choisi. N'est-ce pas dans cette clinique du Bureau d'admission, la plus riche du monde, que vous avez puisé les éléments si divers de vos remarquables travaux de médecine mentale? N'est-ce pas dans cet amphithéâtre que plusieurs générations d'étudiants, de médecins aliénistes, français et étrangers, sont venues entendre vos leçons si suggestives où, à l'exemple de vos maîtres, vous vous appliquiez à porter la clarté et la précision en des sujets qui semblent, au premier abord, si complexes et si obscurs?

Je viens de parler de vos maîtres. Parmi eux, deux vous sont restés particulièrement chers : Baillarger et Marcé, qui guidèrent vos premiers pas dans cette voie qu'après eux vous avez si brillamment parcourue. C'est dans le commerce familier de ces cliniciens de race que vous avez senti naître votre véritable vocation. C'est à leur école — la meilleure qu'on pût suivre — que se sont développées vos qualités natives : le goût de l'observation précise, l'analyse minutieuse des symptômes, la clarté d'exposition, la probité scientifique la plus scrupuleuse, une sympathie profonde pour les malheureux confiés à vos soins.

Quelle qu'ait pu être l'évolution ultérieure de votre pensée, cette première empreinte, laissée sur votre esprit par ces maîtres éminents, est restée ineffaçable, et il faut s'en féliciter. Comme eux, vous avez recherché les fondements de notre science spéciale dans l'étude clinique et directe des aliénés ; comme eux aussi, vous vous êtes bien gardé de plier les faits à des idées préconçues ; mais, au contraire, des faits longuement et patiemment observés, vous avez tiré des théories, ou plutôt des synthèses partielles, qui ont eu le don de remuer fortement l'opinion de notre microcosme médical aliéniste.

Evoquant les noms des maîtres de votre studieuse jeunesse, je n'aurai garde d'oublier l'hommage qu'en une occasion solennelle vous avez rendu au plus illustre d'entre eux. Votre remar-

quable éloge de Baillarger, prononcé à l'Académie de médecine, dans sa séance publique annuelle du 23 décembre 1902, est à la fois une page de l'histoire de notre science et un hymne de reconnaissance et d'admiration. On sentait, en vous écoutant, que vous l'aviez écrit avec votre cœur et qu'il vous était doux de rappeler aux générations nouvelles la mémoire du maître vénéré dont la longue existence ne fut dominée que par deux grandes et nobles passions : l'amour de la science et le progrès de la solidarité confraternelle.

Votre œuvre scientifique est riche et variée : les vues personnelles y abondent. Par vos travaux, par votre enseignement, vous avez fait école, et vos nombreux disciples ont fait fructifier les principes qu'ils ont reçus de vous.

Votre satisfaction a dû être grande, de voir une jeunesse ardente à s'instruire se confier à la parole du maître et se nourrir des théories qui lui étaient enseignées dans cet amphithéâtre. Mais vous aviez une ambition plus haute. Ces théories, fruits de vos recherches et de vos méditations, vous avez voulu les soumettre au jugement de vos pairs, leur en demander en quelque sorte la consécration. De là, ces mémorables discussions à la Société médico-psychologique, d'une part sur les signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires, et sur le délire chronique d'autre part. Est-il besoin de rappeler ici ces séances si intéressantes, parfois mouvementées, où de grandes dissidences se firent jour, mais qui eurent, grâce à vous, ce résultat excellent de mieux poser les problèmes, de dissiper certains malentendus, d'établir enfin les points capitaux sur lesquels l'accord était possible ? Aussi, les fumées de la bataille dissipées, nous avons pu constater que notre horizon s'était agrandi, que nos connaissances sur les questions en litige avaient gagné en netteté et en précision.

Ces débats, d'une si haute portée, étaient suivis à l'étranger — nous l'avons appris depuis — avec un intérêt passionné. Ils ont augmenté le beau renom de notre Compagnie ; il est juste que nous vous en sachions gré. Vous vous y êtes montré d'ailleurs dialecticien d'une rare habileté, mettant au service de vos idées une érudition et des connaissances cliniques peu communes. Jamais vous ne heurtiez de front vos contradicteurs. Dans l'intérêt même de votre démonstration, vous vous appliquiez à faire ressortir qu'entre leurs opinions et les vôtres il n'existait souvent que des nuances, résultant moins des faits que de leur interprétation.

Une autre discussion, tout aussi passionnante, s'est développée, devant notre Société, sur la question du *no-restraint*, soulevée en Angleterre par Conolly, introduite en France par Morel. Vous ne l'avez pas provoquée ; mais vous y avez pris la

part la plus active. Vous vous êtes fait l'apôtre convaincu de la suppression des moyens de contrainte et, en particulier, de la camisole. Comme j'ai eu l'occasion de le dire dans une circonstance solennelle : « Cette discussion passionnée, mais tous jours courtoise, eut d'heureuses conséquences. Elle fit germer dans l'esprit de la plupart d'entre nous des doutes sur la nécessité de la camisole, et du doute à la certitude de pouvoir s'en passer, il n'y avait qu'un pas à faire : l'expérience permit de le franchir, et l'on vit bientôt, dans la plupart de nos services, ce moyen de contention, ou disparaître complètement, ou être réduit à un strict minimum. »

Notre Société vous a appelé, à deux reprises différentes, à présider ses travaux : la première, en 1887 ; la seconde, en 1900. Ce dernier vote était des plus significatifs ; il distinguait celui d'entre nous qui, par son œuvre scientifique, par son caractère, les services rendus, nous paraissait le plus digne de diriger les travaux de la section de psychiatrie du XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine qui, à l'occasion de l'Exposition universelle, devait réunir à Paris l'élite du corps médical du globe.

Je n'oublierai jamais, mon cher collègue, cette année où, dans une étroite intimité, nous avons collaboré à cette œuvre difficile et délicate qu'est l'organisation méthodique des travaux d'un Congrès. Grâce à la netteté de votre esprit, grâce aussi à vos qualités d'initiative, ma tâche, comme secrétaire, fut bien simplifiée. Si le succès a couronné nos efforts, la plus grande part vous en revient.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour de notre section, il en est une qui a pris dans ces dernières années une importance capitale. Vous aviez expérimenté dans votre service le repos au lit appliqué au traitement des aliénés ; les résultats obtenus avaient de beaucoup dépassé votre attente. Avec la passion pour le vrai et bien qui vous anime, avec cette ténacité dont vous nous avez donné tant de preuves, vous avez appliqué toutes les ressources de votre esprit — et elles sont grandes — à la diffusion de ce procédé thérapeutique. Ne redoutant pas la critique, l'appelant même à votre aide, vous avez provoqué un grand débat international où tous les éléments de la question ont été étudiés avec le souci constant d'arriver à la vérité. On n'a pas oublié les remarquables rapports présentés par les professeurs Korsakoff et Serbsky, de Moscou ; par le D<sup>r</sup> Clemens Neisser, de Leubus, et par mon excellent et savant ami, le D<sup>r</sup> Jul. Morel, de Mons. La lecture de ces rapports et la discussion si serrée qu'ils provoquèrent, ont rallié nombre d'indécis. Bien plus, l'immense majorité des membres de la section de psychiatrie ont été d'accord pour émettre « le vœu que la méthode de traitement des aliénés par l'alitement soit généralisée »

dans les asiles et que, par suite, les quartiers exclusivement cellulaires soient progressivement abolis ». Depuis, le repos, « ce souverain nourricier de la nature », selon la belle expression de Shakespeare, est devenu une des plus précieuses ressources thérapeutiques, dans les psychoses comme dans les névroses.

Par la suppression de la camisole, par l'extension de plus en plus grande donnée à l'alitement, vous avez contribué plus que personne à la transformation de nos asiles en hôpitaux ordinaires. Ce sont là des réformes capitales qui justifient le beau, l'enviable titre de bienfaiteur des aliénés qui vous a été décerné et qui restera attaché à votre nom.

La Société médico-psychologique, dont je suis heureux d'être ici le représentant officiel, ne se désintéresse jamais, mon cher ami, de ce qui arrive à un de ses membres; elle s'associe avec joie à la manifestation si sympathique provoquée par vos amis, vos collègues et vos élèves; je suis l'interprète de ses sentiments en vous apportant nos vœux les plus vifs et nos plus sincères félicitations.

#### SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 27 avril 1908, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> SÉGLAS.

Deux prix ont été décernés :

PRIX AUBANEL. — 1.200 francs. — Question : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.* — Deux mémoires ont été envoyés.

Le prix a été décerné à l'auteur du mémoire n° 1, M. le D<sup>r</sup> BENON, interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint des asiles d'aliénés.

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres de Baillarger. — Deux mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné au mémoire n° 2 : *L'œil dans les états épileptiques et l'hystérie*, par MM. les D<sup>rs</sup> A. RODIET, P. PANSIER et F. CAUS.

Le banquet annuel eut lieu le soir, à 8 heures, au restaurant Marguery. Vingt-deux convives y assistèrent, parmi lesquels six membres correspondants : MM. Devaux, Gorodichze, Leroy, Taty, Vernet, Vurpas, ainsi qu'un des lauréats de la journée, M. Benon. Au dessert, M. Séglas a porté le toast traditionnel à la Société médico-psychologique et à sa prospérité; puis, après avoir souhaité la bienvenue au lauréat et l'avoir félicité de ses succès, il a bu aux membres absents, aux



membres correspondants, de plus en plus nombreux, qui viennent assister à nos banquets annuels.

**CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.**

Ce concours s'est ouvert le jeudi 5 mars 1908, à 2 heures précises, à la Préfecture de la Seine, et s'est terminé à l'Hôtel-Dieu, le samedi 21 mars, à 4 heures, après dix-huit séances.

Huit candidats s'étaient inscrits, deux se sont retirés, l'un, après la première épreuve; le second, après la deuxième épreuve. Les candidats qui ont subi toutes les épreuves sont : MM. les D<sup>rs</sup> Capgras, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron; Juquelier, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris; Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois; Rogues de Fursac, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, et Simon, médecin-suppléant de l'asile Sainte-Anne.

Le tableau suivant résume les résultats du concours :

	Pathologie mentale.	Clinique orale.	Clinique écrite.	Soins à donner aux aliénés.	Clinique médicale ordinaire.	Titres	Total.
MM. les docteurs :							
Capgras . . . . .	27.4	23.7	26.5	28.8	29.5	25	160.9
Juquelier. . . . .	24.7	25.4	28	27	29.4	18	152.5
Marchand . . . . .	27	26.7	25	25.4	24.5	29	157.6
Rogues de Fursac. .	28.2	28.1	28.4	28.7	29.7	29	172.1
Simon . . . . .	22.5	27.6	28.5	28.5	29	29	153.6

On sait que les épreuves étaient au nombre de six. Outre une épreuve sur titres, il y avait trois épreuves cliniques : la première, sur deux malades d'un service d'aliénés; la deuxième, une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés dont l'un devait être l'objet d'une consultation et l'autre d'un rapport médico-légal; la troisième, une épreuve de clinique médicale ordinaire sur un malade.

Quant aux épreuves écrites, elles étaient au nombre de deux. La première était une composition sur un sujet de pathologie mentale. La question sortie de l'urne était : *Valeur sémiologique des hallucinations de l'ouïe et des hallucinations*

*psycho-motrices*. Les deux autres questions proposées étaient : *Valeur sémiologique des états dépressifs* ; *Diagnostic différentiel des états démentiels*.

La seconde épreuve écrite portait sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés. Le sujet tiré était le suivant : *Soins à donner aux déprimés, aux stupides et aux catatoniques*. Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Soins à donner aux grands agités* ; *Soins à donner aux gâteux*.

M. Rogues de Fursac, ayant obtenu le maximum de points (172,1), est proposé pour la place de médecin en chef des asiles de la Seine. Sont classés ensuite par ordre de mérite : 1° M. Capgras (160,9) ; 2° M. Marchand (157,6) ; 3° M. Simon (153,6) ; 5° M. Juquelier (152,5).

#### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, dans sa séance du 24 mars 1908, a reçu la communication de la liste des ouvrages et mémoires envoyés pour le concours des prix à décerner à la fin de cette année ; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions des prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse.

**PRIX BAILLARGER.** — N° 1. Contribution à l'étude de l'organisation des asiles d'aliénés ; le personnel infirmier des asiles, par M. le D<sup>r</sup> A. Rodiet, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Commission : MM. Monod (H.), Motét, Joffroy.

**PRIX CIVRIEUX.** — Question : *De l'homicide en pathologie mentale*.

N° 1. Devise : « *Plus un esprit faux est logique, plus il va loin dans l'absurde.* »

N° 2. Devise : « *Nihil a crimine, nulla ficta, a morbo tota* ». (Esquirol. *Les maladies mentales*).

Commission : MM. Magnan, Joffroy, Thoinot.

**PRIX DESPORTES.** — N° 18. Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine, par MM. les D<sup>rs</sup> L. Jacquet et G. Jourdanet, de Paris.

Commission : Section de thérapeutique.

**PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE).** — N° 1. La neurasthénie ; les vrais et les faux neurasthéniques, par M. le D<sup>r</sup> Beni-Barde, de Paris.

N° 2. Série de travaux traitant des causes chimiques de l'accès épileptique, par M. le D<sup>r</sup> Julius Donath, privat docent à l'Université de Budapest.

N° 3. Les maladies de l'énergie ; les asthénies générales, etc., par M. le D<sup>r</sup> Albert Deschamps, de Riom.

N° 4. Traité des torticolis spasmodiques, etc., par M. le D<sup>r</sup> René Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

N° 5. L'aphasie de Broca, par M. le D<sup>r</sup> François Moutier, de Paris.

N° 6. La couche optique (étude anatomique, physiologique et clinique), le syndrome thalamique, par M. le D<sup>r</sup> Gustave Roussy, de Paris.

N° 7. Résumé de recherches expérimentales sur l'électro-physiologie des centres nerveux, par M. le D<sup>r</sup> Stéphane Leduc, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

N° 8. Psychoses de la volonté. Devise : « *Quelque difficulté qu'il y ait à découvrir des vérités nouvelles, il s'en trouve encore de plus grandes à les faire connaître.* » (Lamarck.)

N° 9. Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit, par M. le D<sup>r</sup> Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

N° 10. Les neurasthénies, par M. le D<sup>r</sup> A. Godlewski, de Paris.

Commission : MM. Dieulafoy, Fernet, Raymond.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. La mort avec ictus dans la paralysie générale, par M. le D<sup>r</sup> Achille Delmas, de Paris.

N° 2. Périodicité et alternance psychiques, par M. le D<sup>r</sup> B. Pailhas, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Albi.

N° 3. Contribution à l'étude de la responsabilité chez les kleptomanes. Devise : « *Vitam impendere vero.* »

N° 4. Etude clinique et médico-légale des amnésies traumatiques et organiques, par M. le D<sup>r</sup> Benon, médecin-adjoint des asiles de la Seine.

Commission : MM. Duguet, Magnan, Motet.

PRIX SAINTOUR. — N° 4. La physionomie humaine, son mécanisme et son rôle social, par M. le D<sup>r</sup> F. Waynbaum, de Paris.

Commission : MM. Duguet, Delorme, Bureau, Cadiot, Henneguy.

PRIX VERNOIS. — N° 11. La lutte contre l'alcoolisme, par MM. les D<sup>rs</sup> L. Viaud et H.-A. Vasnier.

N° 13. Série de travaux sur l'alcoolisme, par M. le D<sup>r</sup> Ch. Lesieur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Commission : MM. Besnier, Netter, Thoinot.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

29. *Tentative d'homicide.* — On écrit des Lilas au *Petit Parisien* (numéro du lundi 6 janvier 1908) :

Devenu subitement fou, un journalier, M. Alexandre Marel,

âgé de vingt-sept ans, parcourait, hier soir, la rue de Paris, armé d'un revolver.

Tout à coup, ayant pénétré dans la cour d'une habitation, il visa en ricanant un des locataires qui passait, M. Jacques Mottin, employé de commerce, et fit feu à deux reprises, l'atteignant à l'aîne.

Le blessé fut transporté à l'hôpital Tenon, tandis que le pauvre dément, désarmé et maîtrisé, était dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

30. *Tentative d'infanticide et suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du mercredi 22 janvier 1908) :

Rue de Pontoise, 15, à Bezons, M<sup>me</sup> Picard, âgée de trente ans, prise, hier, d'un accès de folie subit, a essayé d'égorger sa fillette, âgée de deux ans et demi.

Croyant avoir tué l'enfant, qui ne portait heureusement qu'une blessure peu grave, la mère, affolée, monta dans sa chambre, au premier étage, et se trancha la gorge avec un rasoir. Son état est désespéré.

31. *Excentricités.* — Vers neuf heures, hier matin, un gardien de la paix, passant 77, rue Rambuteau, voyait tomber devant lui une table, puis successivement, par le même chemin, arrivaient des chaises, une commode, de la vaisselle...

On se précipita dans l'immeuble et l'on apprit que ces divers objets provenaient d'une chambre occupée, au cinquième étage, par M<sup>me</sup> Gassou, née Marie Petit, âgée de vingt-huit ans, couturière. On monta aussitôt, mais la porte de la pièce était hermétiquement fermée et la jeune femme refusait obstinément d'ouvrir.

Heureusement, arriva bientôt M. Debeury, secrétaire du commissariat des Halles, accompagné d'un inspecteur et d'un serrurier, qui fit ouvrir la porte et put, après une lutte des plus vives, s'emparer de la forcenée qui, à leur vue, avait lacéré ses vêtements. Elle a été immédiatement conduite à l'infirmerie du Dépôt.

D'après l'enquête, cette malheureuse serait devenue subitement folle à la suite de chagrins intimes. (*Le Journal*, numéro du lundi 27 janvier 1908.)

32. *Suicide.* — Un boucher parisien, M. Dugener, âgé de cinquante-sept ans, établi rue Norvins, était en traitement depuis quelques jours à Magny-en-Vexin, pour une affection mentale : hier, l'infortuné, passant devant la boucherie Genneville, se saisit d'un couteau et se trancha la gorge. Il est mort peu après à l'hôpital de Magny-en-Vexin. (*Le Journal*, numéro du samedi 1<sup>er</sup> février 1908.)

33. *Suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 2 février 1908) :

Une jeune fille de vingt-trois ans, Joséphine Legoff, demeurant 36, rue Brillat-Savarin, donnait depuis quelques mois des signes inquiétants de dérangement cérébral. Ses crises n'étant qu'intermittentes, et sa folie douce, ses parents ne jugèrent pas urgent de la faire entrer dans une maison de santé. Ils la gardèrent avec eux, en veillant avec soin sur ses actes.

Hier matin, la jeune fille qui, par hasard, se trouvait seule, s'approcha de la fenêtre ouverte et, du deuxième étage où elle se trouvait, se précipita dans le vide.

Elle fut relevée horriblement blessée et transportée à l'hôpital Cochin par les soins de M. Pélatan, commissaire de police du quartier de Maison-Blanche.

34. *Homicide*. — On lit dans *Messidor* (numéro du samedi 8 février 1908) :

La nuit dernière, vers une heure du matin, rue des Trois-Frères, 49, dans le quartier de la Butte-Montmartre, un facteur des postes, M. Pelletier, a été assassiné dans son lit par sa femme, qui lui a tranché la tête d'un coup de couteau de cuisine.

Pelletier eut encore la force de sauter de son lit, mais il vint s'abattre aux pieds de sa fille, âgée de dix-sept ans, accourue à son secours, et il expira aussitôt.

La meurtrière a déjà été internée, il y a quatre ans, dans un asile d'aliénés.

M<sup>lle</sup> Pelletier, effrayée, a pris la fuite. On ne sait encore où elle s'est réfugiée.

Le corps de la victime a été transporté à la Morgue.

35. *Violences*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 17 février 1908) :

Barbe blonde et pipe au bec, Edward George, natif de Glasgow, a quelque chose de détraqué dans la cervelle. Lorsqu'il se trouve en face d'une horloge, il la considère d'un œil inquiet. Ah! quel regard! Progressivement il s'anime, il s'arrondit, il s'injecte...

— Les pendules françaises ne marquent jamais l'heure! crie-t-il, d'une voix qu'étrangle la fureur.

Edward George avait particulièrement pris en grippe un innocent et doux horloger du boulevard de Magenta. Il s'asseyait sur un banc situé en face de la boutique et là, tressaillait de fureur, mâchonnait des jurons et montrait les poings au paisible artisan.

L'artisan ne s'émotionnait pas outre mesure; il regardait mélancoliquement le déséquilibré, un sourire triste effleurait ses lèvres, et il haussait des épaules lasses. Ce brave homme avait tort de ne pas s'alarmer.

Hier, après-midi, il eut un sursaut de terreur. Livide, il se

dressa de toute sa petite taille et considéra un spectacle qui lui fit pousser des cris de putois.

L'Ecossais s'était armé d'un pavé formidable; droit sur son banc, il le balançait au-dessus de sa tête, puis le lança à toute volée sur la vitrine de l'horloger. Ce fut un véritable massacre. Les gais coucous gémirent piteusement, les pendules furent brisées, réduites en miettes; les réveils, montres et candélabres dansèrent, tournoyèrent, s'aplatirent tout autour de l'artisan qui, sous cette avalanche, hurlait d'épouvante.

Des agents eurent vite fait de conduire chez M. Lefort, commissaire de police, le terrible Edward, ennemi des pendules. A l'infirmerie spéciale du Dépôt il subira le salubre régime des douches.

36. *Tentative d'uxoricide*. — On télégraphie de Tonnerre au *Petit Temps* (numéro du mercredi 19 février 1908) :

Dans un accès subit de folie, un médecin, habitant près de Tonnerre, a frappé sa jeune femme avec un coupe-papier pointu et l'a blessée grièvement à l'œil. Il était marié depuis deux mois.

Il a été conduit à la gendarmerie, puis dans une maison de santé.

37. *Suicide*. — Un sexagénaire, M. Antoine Mulleret, demeurant 40, rue des Cordelières, s'est pendu chez lui, la nuit dernière, dans une crise de neurasthénie.

M. Yendt, commissaire de police du quartier, a procédé aux constatations d'usage. (*Le Journal*, numéro du dimanche 23 février 1908.)

38. *Tentative d'homicide et de suicide*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 25 février 1908) :

Vouloir tuer sa femme quand on a soixante-seize ans et qu'elle en a soixante-huit, et ce, sous prétexte de jalousie, ce n'est pas ordinaire. Louis Marnié, contremaître employé dans une carrière de Montreuil, doit être assurément un singulier vieillard.

Singulier peut-être, mais bien désagréable à coup sûr pour sa malheureuse femme. Non content de la maltraiter fort souvent de la plus brutale manière, il se plaisait à la menacer de mort.

Et hier, il mit ses menaces à exécution. Fort heureusement, le revolver dont il se servait était en fort mauvais état. M<sup>me</sup> Marnié, visée à la tête, ne fut atteinte qu'à la main. Quant au vieux fou lui-même, il tenta bien de se suicider, son coup fait. Mais il se rata aussi et se blessa seulement au cou.

Une enquête a été ouverte au sujet de cet acte regrettable par M. Niclausse, commissaire de police de Montreuil.

39. *Excentricités*. — Un individu de mise correcte se présen-

taît hier, vers onze heures du soir, au poste de l'Opéra, et, avisant l'agent de planton, l'informait du grand désir qu'il avait de coucher au violon. « Dans le cas, ajouta-t-il, où vous refuseriez d'obtempérer à cette requête, je me verrais dans l'obligation de me dévêtir complètement, et je vous préviens qu'en cet état j'irais faire un tour sur le boulevard. »

Malgré l'incohérence de ce propos, comme cet étrange individu ne paraissait nullement pris de boisson et avait décliné ses nom et qualité, l'agent se contenta de hausser les épaules, et, croyant à une mauvaise plaisanterie, l'engagea à continuer son chemin.

Mais arrivé rue Scribe, notre homme passa des paroles aux actes et mit son dessein à exécution. S'approchant de la balustrade qui entoure l'Opéra, il y déposa ses vêtements un à un, ainsi que son chapeau; il s'apprêtait à filer vers le boulevard, n'ayant conservé que ses chaussures, lorsqu'il fut arrêté par des agents au coin de la rue de la Chaussée-d'Antin, où sa tenue insolite avait occasionné un grand rassemblement de curieux.

Cet original est un nommé Louis M..., natif d'Amboise. Il a été conduit au poste de la rue de Provence, et, de là, envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Tanguy, commissaire de police du quartier de la Chaussée-d'Antin. (*Le Journal*, numéro du jeudi 12 mars 1908.)

40. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 21 mars 1908):

Ce matin, vers cinq heures et demie, un individu se promenait tout nu, un couteau à la main, devant le n° 8 de la rue des Saints-Pères. Il fut signalé par des passants à deux gardiens de la paix, qui vinrent s'emparer de lui pour le conduire au poste. Comme l'un d'eux, M. Ligée, qui est sous-brigadier, portait la main sur l'homme nu, celui-ci le frappa d'un coup de couteau. Mais le sous-brigadier ne lâcha pas prise. Le gardien Voilmin, qui coopérait avec lui à l'arrestation, fut également blessé. Toutefois, tous deux purent se rendre maîtres de l'inconnu, et ils parvinrent à le mener au poste, où il proféra les paroles les plus incohérentes et voulut se livrer aux actes les plus violents. On était visiblement en présence d'un fou furieux qu'il fallut tout de suite mettre hors d'état de nuire. Il se nomme Brun et demeure rue des Saints-Pères. Quant au sous-brigadier et au gardien de la paix, ils ont reçu des soins à l'hôpital de la Charité, d'où ils ont regagné leur domicile. Leurs blessures ne sont pas graves.

41. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du mardi 24 mars 1908):

A Charlottenbourg, un fou s'est introduit dans la maison

du D<sup>r</sup> Marcuse à son heure de consultation et a tiré sur lui trois coups de revolver qui l'ont atteint à la poitrine, au bras et au petit doigt. Puis le fou s'est précipité dans la rue, nu-tête, et y a été arrêté.

C'est un nommé Freisleben, âgé de dix-neuf ans, et sans place. Ses parents habitaient, il y a huit ans, la même maison que le D<sup>r</sup> Marcuse et furent internés par ses soins dans une maison de fous.

Le petit garçon fut placé à cette époque chez des étrangers. Depuis, s'installa dans son cerveau l'idée fixe que le D<sup>r</sup> Marcuse avait fait le malheur de sa vie et cette idée le conduisit à son attentat.

42. *Excentricités.* — M. Bureau, commissaire de police du quartier des Halles, a fait diriger sur le Dépôt un malheureux dément qui, la nuit dernière, déambulait rue Rambuteau. Vêtu seulement de sa chemise, il se livrait à mille fantaisies dange-reuses et semait l'effroi sur son passage.

Le pauvre fou habite rue de la Cossonerie, où sa femme a la garde d'un immeuble. (*Le Journal*, numéro du mardi 24 mars 1908.)

43. *Tentatives d'homicide.* — Une scène d'une tragique violence mit, hier soir, en émoi le quartier de Vaugirard, où se tient actuellement la fête annuelle. Un forain, tenancier d'un tir aux pigeons, le nommé Emile Mégat, trente-cinq ans, fut subitement frappé de folie, boulevard Garibaldi. On courut au poste de police prévenir les agents. A leur vue, le dément s'arma d'une bouteille et leur opposa une résistance acharnée. Le sous-brigadier Tholin, les gardiens de la paix Devaux, Vautrin, Chaudron et Ponty furent frappés avec sauvagerie et plus ou moins grièvement blessés à la tête et à la figure. M. Lartigue, un autre forain, qui leur prêtait main-forte, reçut, lui aussi, force horions. On parvint cependant à se rendre maître du forcené, que M. Cœuille, commissaire de police, a fait diriger sur l'hôpital Necker, en attendant son transfert à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du jeudi 2 avril 1908.)

44. *Excentricités.* — Des agents du neuvième arrondissement ont arrêté, hier, vers deux heures, en face du numéro 16 du boulevard Montmartre, un individu de mise correcte et paraissant âgé d'une quarantaine d'années, qui, se croyant général, haranguait des troupes imaginaires et les conviait à marcher sur l'Elysée.

Ce malheureux dément est un nommé Pierre M..., mécanicien, domicilié rue du Pont-Neuf. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 5 avril 1908.)



45. *Menaces de mort.* — Vers deux heures du matin, des gardiens de la paix ont arrêté, rue de la Cerisaie, un individu d'environ trente-cinq ans, qui, subitement atteint d'aliénation mentale, menaçait les passants.

Il a opposé une vive résistance et il a fallu l'intervention de quatre agents pour se rendre maître du forcené.

M. Borde, commissaire de police du quartier de l'Arsenal, immédiatement prévenu, a fait diriger le malheureux dément sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du lundi 6 avril 1908.)

46. *Suicide.* — On télégraphie de Fontainebleau au *Journal* (numéro du vendredi 10 avril 1908) :

Un berger de la Brosse-Montceaux rentrait des champs, hier matin, en compagnie de sa femme. Soudain, il bouscula cette dernière, qui lui tenait le bras — car le malheureux donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral — et s'élançant vers un puits voisin, il s'y précipita. Quand des paysans accourus le retirèrent, il avait déjà cessé de vivre.

47. *Suicide.* — On lit dans *Le Petit Marseillais* (numéro du mercredi 15 avril 1908) :

Depuis quelque temps déjà, M<sup>me</sup> Marie Pagnacci, ménagère, âgée de trente-trois ans, donnait des signes évidents de dérangement cérébral. Par intervalles, des crises s'emparaient d'elle et le modeste logis qu'elle occupait au n° 38 de la rue de l'Aube retentissait, soudain, des cris d'épouvante et de frayeur que, atteinte du délire de la persécution, elle se mettait à pousser. La malheureuse se croyait entourée de fantômes, ils en voulaient à sa vie, la prenaient à la gorge et, apeurée, elle criait, ameutant le voisinage.

L'infortunée ménagère, au milieu de ses craintes incessantes, en sa pauvre cervelle, décida de ne plus lutter et résolut sa mort. Pour se la donner, elle employa le plus horrible des moyens.

Hier matin, vers onze heures, profitant de ce qu'elle était seule en son appartement, elle absorba tout d'abord un flacon de teinture d'iode ; puis, sans s'arrêter aux souffrances que lui faisaient déjà endurer les brûlures que le liquide pharmaceutique avait déterminées à son estomac, M<sup>me</sup> Pagnacci versa sur ses vêtements le contenu d'un bidon de pétrole, se coucha sur son lit et mit le feu à sa robe. Bientôt les flammes l'entourèrent.

Les atroces grésillements qui se firent entendre, l'épaisse fumée qui se répandit, l'odeur nauséabonde qui se dégagait, empuantissant l'atmosphère, attirèrent bientôt l'attention des voisins.

Accompagnés de l'agent de police Eychenne, attaché au

neuvième arrondissement, qui passait dans la rue et était accouru, ils pénétrèrent dans la chambre. Ils purent éteindre le commencement d'incendie et étouffer les flammes qui mordaient la chair de la ménagère. Mais il était trop tard ; le corps de la malheureuse n'était plus qu'une plaie ; sa chair noircie, crevassée par endroits, laissait s'échapper des flots de sang. Son visage était tuméfié, boursoufflé ; ses cheveux étaient totalement brûlés.

L'infortunée M<sup>me</sup> Pagnacci ne pouvait survivre ; les soins dévoués du D<sup>r</sup> Pinelli ne purent la sauver. Bientôt, elle rendit le dernier soupir.

Après les constatations légales faites par M. Delorme, commissaire de police du 9<sup>e</sup> arrondissement, le corps de la malheureuse a été laissé à la famille.

M<sup>me</sup> Pagnacci laisse deux enfants en bas âge. Son mari, navigateur, est actuellement en voyage.

#### TRIBUNAUX

*Infirmiers inculpés de violences sur un aliéné, ayant occasionné la mort. Acquittement.* — On écrit d'Aix-en-Provence au *Soleil du Midi* (numéro du vendredi 27 mars 1908) :

Le drame mystérieux qui eut pour théâtre les murs de l'asile de santé l'« Espérance », au Canet, et où mourut si subitement le jeune chef d'orchestre des Variétés-Casino, M. Taillefer, vient d'avoir aujourd'hui son épilogue devant le jury criminel des Bouches-du-Rhône.

Agé de trente-cinq ans, M. Taillefer, qui était en proie depuis quelque temps à des troubles cérébraux, fut transporté dans une maison de santé où il trouva la mort d'une façon si mystérieuse qu'elle entraîna une action judiciaire qui a provoqué la comparution devant le jury des quatre gardiens de l'asile, les nommés Fourteau Jean, Fontana Marius, Gaillard Joseph et Bérode Jean.

Les faits relevés contre eux sont ainsi relatés dans l'acte d'accusation :

Vers la fin du mois de novembre 1907, le sieur Taillefer, chef d'orchestre des Variétés, à Marseille, donna des signes d'aliénation mentale ; atteint de la manie de la persécution, il déclarait qu'il était empoisonné par sa femme et qu'il craignait d'être tué par des inconnus. L'état de Taillefer empirant, les médecins qui le traitaient, et parmi eux le docteur Bidon, jugèrent nécessaire son internement dans une maison de santé. M. Taillefer put s'enfuir. Le 4 décembre 1907, à 8 heures du matin, il fut retrouvé à la gare Saint-Charles, où il raconta au commissaire spécial qu'il avait été victime de la part de sa femme de plusieurs tentatives d'empoisonnement ; la famille,

prévenue, le conduisit ce jour même à la maison de santé « L'Espérance », au Canet, et dont le D<sup>r</sup> Bidon est le médecin. Taillefer s'y montra agité, mais nullement dangereux. Il se bornait à raconter à ses gardiens les prétendues tentatives dont il se croyait menacé. Le vendredi 6 décembre, vers 8 heures du matin, son agitation s'accrut. Vers 5 h. 1/2, en état complet de nudité, il pénétra dans la chambre d'un autre malade. L'infirmier de service, Fousteau, voulut l'en faire sortir; comme il résistait, Fousteau, à qui s'étaient joints les nommés Fontana et Béro, employèrent la force. Ils appelèrent à leur aide le jardinier Gaillard, puis les quatre hommes cherchèrent à vaincre la résistance du malade.

Les gardiens se jetèrent sur Taillefer, se saisirent de lui : au cours de la lutte ils l'étranglèrent; quand l'infortuné dément ne donna plus signe de vie, les accusés le couchèrent sur son lit et ils racontèrent au docteur de la maison, D..., que M. Taillefer venait d'expirer subitement.

Le directeur avertit le D<sup>r</sup> Bidon et ce praticien, après avoir examiné le corps de M. Taillefer, crut devoir délivrer un permis d'inhumer indiquant qu'il était mort des suites d'un spasme de la glotte; cependant le même jour vers 11 heures du matin, des parentes des époux Taillefer, s'étant rendues à la maison de santé, apprirent la mort de Taillefer décédé, leur dit-on, dans une crise d'étouffement. Ce décès parut suspect, M. Taillefer s'étant plaint à plusieurs reprises d'avoir été victime de tentatives d'empoisonnement. Le D<sup>r</sup> Dufour, médecin légiste, chargé de faire l'autopsie du cadavre, a déclaré que Taillefer avait succombé à une asphyxie par strangulation. Il a relevé sur le corps et au cou des marques de violences; les gardiens de Taillefer prétendent qu'ils l'ont maîtrisé mais non étranglé; il résulte au contraire des constatations médico-légales et de l'information que les inculpés, au cours d'une crise de folie du malade, ont commis sur ce dernier des violences telles qu'elles ont occasionné la mort; attendu que l'ordonnance du juge d'instruction est régulière; qu'il résulte de ce qui précède contre les prévenus, charges suffisantes d'avoir à Marseille, le 6 septembre 1907, volontairement porté des coups et fait des blessures au sieur Taillefer, lesquels coups et blessures faits volontairement, mais sans l'intention de donner la mort, l'ont cependant occasionnée.

L'interrogatoire des accusés n'a pas éclairé autrement les jurés, les inculpés sur lesquels de très bons renseignements sont fournis, s'étant bornés à indiquer que l'infortuné Taillefer, dans une crise plus forte que les autres, s'est subitement affaissé dans les bras de ceux qui le soutenaient.

M. Dufour, médecin légiste, a procédé à l'autopsie du corps

de M. Taillefer. L'honorable praticien avait été chargé par le magistrat instructeur de savoir si Taillefer, qui se plaignait dans sa démente de ce qu'on le forçât à absorber des médicaments plus ou moins toxiques, était décédé à la suite d'un empoisonnement. M. Dufour procéda à l'autopsie et ne releva rien de suspect de ce côté; à peine, si après un examen minutieux du corps, observa-t-il de légères excoriations. Ces contusions n'avaient pas déterminé la mort. Le D<sup>r</sup> Dufour préleva des viscères pour définir la mort par empoisonnement; de ce côté non plus il ne put se prononcer, ne relevant rien de suspect. Seul, l'examen des poumons qui présentaient un aspect noirâtre, pareil en cas d'asphyxie, le détermina à déclarer que Taillefer était mort étranglé.

M<sup>me</sup> Taillefer, la veuve de l'infortuné chef d'orchestre, remplace à la barre des témoins le D<sup>r</sup> Dufour. Elle fait le récit aux jurés de la maladie de son mari qu'elle avait confié à la maison de santé l'Espérance, dans l'espoir... que son mari y serait soigné et guéri.

Le D<sup>r</sup> Bidon donne ensuite sur le compte des accusés les meilleurs renseignements. Il explique aux jurés comment il a appris la mort de Taillefer; c'est à lui que les inculpés ont déclaré comment le malade qu'ils étaient chargés de soigner était mort subitement.

Le témoin rappelle que Taillefer, supposant, dans sa maladie, qu'on voulait l'empoisonner, mettait dans sa bouche, afin de vomir, toutes espèces d'objets, tels que manches de cuillers, clefs, etc. Le D<sup>r</sup> Bidon estime, en terminant, que, pour lui, il est impossible que Taillefer ait été victime de la brutalité des gardiens inculpés.

Le D<sup>r</sup> Jacques a procédé à l'examen du corps de Taillefer, au domicile de ce dernier, sur l'invitation de M<sup>me</sup> Taillefer. Il a constaté le décès sans donner de diagnostic.

Le directeur de la maison de santé, expose dans quelles conditions il a reçu M. Taillefer dans son établissement.

La défense et l'accusation renoncent à l'audition de cinq témoins dont les dépositions sont insignifiantes.

M. l'avocat général soutient l'accusation; il retrace, avec sa parole autorisée, les faits tels qu'il les croit accomplis et conclut à la culpabilité atténuée de tous les accusés.

M<sup>e</sup> Jauffret prend ensuite la parole au nom de ceux-ci.

*Le verdict.* — Reconnus non coupables, les quatre inculpés sont acquittés.

## FAITS DIVERS

*Les enfants arriérés.* — On lit dans *Le Petit Temps* (numéro du jeudi 9 avril 1908) :

La commission de l'enseignement de la Chambre des députés a approuvé le rapport de M. Rabier, concluant à l'adoption du projet du gouvernement ayant pour objet la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires et d'écoles autonomes pour les enfants anormaux.

Deux de ces classes existent déjà à Paris, l'école de la rue de Belzunce pour les filles, et l'école de la rue des Ecluses-Saint-Martin pour les garçons, et elles ont donné les meilleurs résultats.

La commission a décidé, pour éviter toute équivoque, de substituer dans le projet du gouvernement la dénomination d'enfants arriérés à celle d'enfants anormaux.

L'enseignement populaire à donner aux enfants aveugles, sourds-muets et aux crétins fera l'objet d'un rapport spécial dont est chargé M. Chautard.

XVIII<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES  
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Session de Dijon, 2 au 9 août 1908.*

Le XVIII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Dijon, du 3 au 9 août, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> CULLERRE, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Genève et Lausanne.

a) *Psychiatrie.* — Les troubles mentaux par anomalies des glandes à sécrétion interne. — Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE, de Paris.

b) *Neurologie.* — Diagnostic et formes cliniques des névralgies. — Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> VERGER, de Bordeaux.

c) *Assistance des aliénés.* — Assistance des enfants anormaux. — Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> CHARON, d'Amiens.

II. Communications originales sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie.

Présentations de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1<sup>er</sup> juillet.

### III. Visite de l'asile d'aliénés de Dijon.

EXCURSIONS. — La visite de la ville de Dijon, de ses beaux monuments et de ses riches collections, sera rendue particulièrement intéressante, grâce au bienveillant concours d'un érudit bourguignon.

En outre, des excursions seront organisées pour faire visiter aux congressistes les principales curiosités régionales, entre autres le célèbre hospice de Beaune, le château et le clos de Vougeot, l'abbaye de Flavigny, le château de Bussy-Rabutin et Alise-Sainte-Reine, l'ancienne Alésia des Gaules, dont les fouilles récentes ont reconstitué l'emplacement.

Enfin, après la clôture du Congrès, une excursion dans le Morvan pourra permettre aux congressistes de parcourir ce massif pittoresque, où, dans des paysages frais et verdoyants, ils rencontreront des villes et des monuments remarquables, Semur, Avallon, la basilique de Vezelay, le château de Chastellux, etc.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1<sup>o</sup> Des membres adhérents ;

2<sup>o</sup> Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemin de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Dijon.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au D<sup>r</sup> S. GARNIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

---

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VII<sup>e</sup> VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

---

## PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

### I. — Chronique.

	PAGES
Les aliénés en liberté; par le D <sup>r</sup> Ant. Ritti. . . . .	5

### II. — Pathologie.

Paralysie générale et aphasie sensorielle; par les D <sup>rs</sup> J. Ramadier et L. Marchand . . . . .	19
Sur la forme dite cardio-vasculaire de l'épilepsie; par les D <sup>rs</sup> Anglade et Jacquin. . . . .	27
Un cas d'amnésie rétrograde générale et totale; par le D <sup>r</sup> L. Corcket. . . . .	37
Sur la cuti-réaction et l'ophtalmo-réaction en psychiatrie; par le D <sup>r</sup> Edmond Cornu . . . . .	177
Epilepsie et délire chronique. Contribution à l'étude des psychoses combinées; par le D <sup>r</sup> Fr. Meeus. . . . .	353

### III. — Statistique.

Contribution à l'étude du suicide. . . . .	193
--	-----

### IV. — Médecine légale.

Débilité mentale congénitale avec idées hypochondriaques, interprétations délirantes et idées de persécution; par les D <sup>rs</sup> H. Bou-bila et G. Lachaux. . . . .	48
Revue de médecine légale : Cas de perversions sexuelles; par le D <sup>r</sup> A. Giraud . . . . .	206
D'une classe d'alcooliques chroniques amoraux, envisagée au point de vue de la responsabilité légale; par les D <sup>rs</sup> Soutzo fils et P. Dimitresco . . . . .	383

### V. — Législation.

De quelques conséquences du nouveau projet de loi sur le régime des aliénés; par le D <sup>r</sup> Victor Parant. . . . .	59
Note sur le régime des aliénés en Angleterre; par le D <sup>r</sup> G.-G. de Clérambault. . . . .	413

## DEUXIÈME PARTIE

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

## I. — Société médico-psychologique.

PAGES

- Séance du 28 octobre 1907.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bussard, Dupouy, van Evensen, Rodiet, Jacquin, d'Hollander, Juliano Moreira, Mnggia, Alberti, Pilcz, Luigi Anfosso, Mongeri, Lacassagne, Rousset, Papillon, Chesneau. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire. — Épilepsie et paralysie générale, par MM. L. Marchand et H. Nouët. Discussion : MM. Pactet, Briand, Marchand, Vallon. — Chorée variable chez deux démentes précoces, par MM. Rémond (de Metz) et Incien Lagriffe. — Un cas de délire d'interprétation, par M. Benon. Discussion : M. Deny. . . . . 71
- Séance du 25 novembre 1907.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Leroy, Marie, Trénel, René Charpentier, de Clérambault, Witry, Pilcz, Erwin Stransky. — Rapport de M. Anthéaume sur la candidature de M. Rodiet; élection. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Jacquin; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Juliano Moreira; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Muggia; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. d'Hollander; élection. — Maladie de Basedow et psychose maniaco-mélancolique, par MM. René Charpentier et Paul Courbon. — Psychose maniaque dépressive et maladie de Basedow, par M<sup>lle</sup> Landry et M. Paul Camus. — Mélancolie et pouls lent permanent, par M. René Charpentier. Discussion : MM. Vigonronx, René Charpentier, Arnaud. — Plaies du cerveau par balles de revolver sans troubles organiques consécutifs chez un sujet âgé de soixante-quinze ans, par M. Maurice Brissot. 99 et 227
- Séance du 30 décembre 1907.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Picqué, Jean Philippe, Régis, Jacquin, Rodiet, d'Hollander, Mnggia, Levassort, Hübner, Paul Meslier, Pilcz, Erwin Stransky. — Mort de M. Gonjon : M. Deny. — Election du bureau de 1908. — Rapport de M. Kéraval sur les candidatures à une place de membre titulaire; élection de M. Trénel. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Angelo Alberti; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. René Charpentier, élection. — Rapport de M. Legras sur la candidature de M. de Clérambault; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Théodore Witry; élection. . . . . 257
- Séance du 27 janvier 1908.* — A propos du procès-verbal : M. Deny. — Rapport de la Commission des finances : MM. Semelaigne, Anthéaume. — Election du bureau de 1908. — Installation du bureau : MM. Deny, Ségas. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Trénel, René Charpentier, de Clérambault, Angelo Alberti, Juliano Moreira, Witry, Otto Ranke, Froissart, Esposito. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1908. — Nomination des commissions de prix. — Rapport de M. Blin sur la candidature de M. Levassort; élection. . . . . 272
- Séance du 24 février 1908.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Levassort, Mariani. — Nomination du Comité français d'organisation de la section de psychiatrie du Congrès.



international de médecine de Bndapest. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Otto Ranke; élection. — Rapport de M. Kéraval sur la candidature de M. Huebner; élection. — Idées délirantes hypocondriaques relatives au tube digestif, chez un malade en état d'involition dementielle, atteint d'un cancer de l'estomac, par M. Maurice Mignard. Discussion : MM. Vallon, Briand, Vigouroux, Gilbert Ballet, Arnaud, Dupré, Picqué. — Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique, par M. Lucien Picqué. Discussion : MM. Dupré, Colin, Lwoff, Gilbert Ballet . . . . .	434
<i>Séance du 30 mars 1908.</i> — Lecture et adoption du procès-verbal : MM. Deny, Vallon. — A propos du procès-verbal. Du traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique : MM. Picqué, Inquelier, Dupré, Arnaud, Deny, Vallon, Toulouse. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. René Semelaigne, Jean Philippe, Benon, Ranke, d'Ormea, Pandy Kalman, Escomel, Esposito, Foerster. — Mort de MM. Marandon de Montyel et Mierzejewski : M. Séglas. — Du rôle des idées de zoopathie interne dans la pathogénie du délire de négation. Présentation de malade, par MM. Trénel et Crinon. Discussion : MM. Picqué, Vallon, Deny, Trénel. — Traumatisme crânien, lésions des méninges et de l'encéphale, et troubles mentaux, par MM. A. Vigouroux et G. Naudascher. Discussion : MM. Deny, Vigouroux . . . . .	462

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1907).

(Anal. par le Dr G. VERNET.)

Sur le programme du Congrès pénitentiaire international à Washington en 1910 . . . . .	286
Rein mobile. Tiraillement des capsules surrénales. Accidents nerveux et folie guéris par la fixation du rein . . . . .	287
La maladie de Jean-Jacques Rousseau d'après des documents récents . . . . .	287

### JOURNAUX ITALIENS (1904).

(Anal. par le Dr L. LAGRIFFE.)

Les maladies mentales familiales . . . . .	115
Sur la psychose cocaïnique . . . . .	118
La folie du roi Lear . . . . .	119
Sur la pathogénie du mutacisme (submersion du langage) dans la démence primitive . . . . .	119
Sur l'action sédative et hypnotique du véronal dans les maladies mentales . . . . .	120
L'état mental des simulateurs . . . . .	120
Un cas de folie sensorielle en corrélation avec une accusation de faux et de péculation . . . . .	123
Sur quelques lésions trophiques (ulcérations intestinales) dans la paralysie progressive et sur leur importance médico-légale . . . . .	124
Les psychoses dans leurs rapports avec les phases physiologiques de l'organisme (puberté, ménopause, sénilité) . . . . .	126
A propos de la genèse du caractère criminel . . . . .	127

## JOURNAUX ALLEMANDS (1904).

(Anal. par le Dr ADAM.)

	PAGES
Contribution à l'étude de la paralysie pupillaire hémianopique . . . . .	288
Du réflexe cornéo-mandibulaire . . . . .	289
Un réflexe de la face. . . . .	290
Un nouveau phénomène spino-musculaire à l'état normal . . . . .	290
Un cas de psychose à la suite de tumeurs cérébrales multiples. . . . .	291
Emphysème cutané à la suite d'attaques d'épilepsie. . . . .	291
Deux réflexes cutanés nouveaux des membres inférieurs. . . . .	292
Myokymie. . . . .	292
De l'aphasie amnésique . . . . .	293
Des rapports du système nerveux avec le psychisme . . . . .	294
La myoclonie fibrillaire d'Unverricht est-elle une entité clinique ? . . . . .	296
Un réflexe de la face dorsale du pied. . . . .	297
Un réflexe spécial des fléchisseurs des orteils . . . . .	297
Micropsie et états dégénératifs du système nerveux central . . . . .	298
Les idées de Virchow sur le crétinisme. . . . .	299
Disparition des douleurs lancinantes dans le tabes à la suite d'injections antirabiques. . . . .	300
A propos d'un réflexe spécial des extrémités dans les cas de paralysies organiques d'origine centrale . . . . .	300
Pathogenèse des attaques dans la paralysie générale, avec considérations sur l'anatomie des faisceaux pyramidaux . . . . .	300
De la force des réflexes tendineux et de ses variations dans l'hémiplégie. . . . .	301
Sensibilité aux vibrations, phénomènes d'épuisement . . . . .	303
Les vrais centres du mouvement . . . . .	304
Recherches sur le liquide cérébro-spinal . . . . .	305
La nouvelle méthode de Ramon y Cajal pour la préparation des fibres nerveuses . . . . .	306
De l'innervation corticale de la vessie . . . . .	307
Monodactylie symétrique familiale. . . . .	308
Complexus symptomatique de Korsakow, à la suite de commotion cérébrale . . . . .	308
Remarques sur une altération du cervelet dans le tabes dorsalis. . . . .	309
Dissociation de la sensibilité superficielle et profonde dans l'hémiplégie cérébrale . . . . .	310
Hypotonie et hypertonie existant simultanément chez une même malade . . . . .	310
Étiologie de la disparition du corps thyroïde dans le crétinisme et le myxoédème . . . . .	311
Un nouvel appareil pour photographier les mouvements de la pupille . . . . .	312
L'état actuel de la question de l'hérédité en neuro-psychopathologie. . . . .	313
Du réflexe fessier . . . . .	314
Traitement de l'épilepsie par les injections de sérum . . . . .	344
Un cérebrovoluminimètre . . . . .	315
Mensuration du volume du cerveau . . . . .	316
Altérations microscopiques du noyau du pneumogastrique dans un cas de carcinome de l'œsophage. . . . .	316
Un cas de paralysie du droit interne de l'œil avec parésie des membres à la suite de fracture du crâne . . . . .	317
Symptomatologie de la paralysie agitante. . . . .	317
Côtes cervicales . . . . .	318

	PAGES
Un cas de méningite syphilitique diffuse de la convexité et de la base . . . . .	319
Innervation hétérotopique. . . . .	320
Myasthénie et maladie de Basedow combinées. . . . .	321

### III. — Bibliographie.

Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique; par le Dr R. Jude (Anal. par le Dr Th. Taty) . . . . .	131
Conception de l'hystérie. Etude historique et clinique; par le Dr Gaston Amselle (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	133
Thérapeutique des maladies du système nerveux; par le professeur J. Grasset (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	134
Section de neurologie de l'Ecole de médecine de Harvard. Travaux de l'hôpital général du Massachusetts (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	135
Neurographie. Série d'études neurologiques, d'observation et de notes (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	136
Les obligations sociales du neurologue; par le Dr Henry R. Stedmann (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	137
A propos de sorties et congés d'aliénés : question médicale ou administrative ? par le Dr Paul Masoin (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	138
Les tentatives de suicide en pathologie mentale. Recherches statistiques et cliniques; par le Dr Angelo Alberti (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) . . . . .	323
L'asile provincial des aliénés de Milan à Mombello, de 1879 à 1906; par le Dr G.-B. Verga (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) . . . . .	328
Recherches expérimentales sur les malformations et les hétérotopies de la moelle épinière; par les Drs Guido Garbini et Renato Rebizzi (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) . . . . .	330
Influence de l'acide formique et de ses sels sur l'appareil respiratoire; par le Dr de Angelis (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) . . . . .	330
Des fonctions du cerveau : le lobe frontal; par le Dr Shepherd Ivory Franz (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	331
Traitement de l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie; par le Dr C. Lloyd Tuckey (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	331
Revue des thèses de la Faculté de Lyon (Année scolaire 1905-1906); par le Dr Th. Taty . . . . .	491
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	138, 332 et 49

### IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Giraud, Gimbal, Charnel, Guyot, Pasturel, Vernet, Pain, Colin, Viallon, Dezwarte, Papillon, Doderó, Brunet, Rodiet, Dromard, Aubin, Vaulbert, Davy, Boucher, Roubinovitch, Vurpas. — Nécrologie : E. Goujon. — Décret portant règlement du concours pour l'emploi de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Concours de 1908, pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Prix de l'Académie des sciences morales et politiques. — Création, à Bordeaux, de l'inspection médicale des écoles d'enfants anormaux. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers . . . . .	141
--	-----

Nominations et promotions : MM. Dagonet, Kéraval, Aubin, Bonnet, Charon, Chevalier-Lavaure, Dupain, Trenel, Masselon, Mouguet. — Nécrologie : Dr Danner. — Quartiers d'hospice affectés aux aliénés. Surveillance par le Conseil général. Circulaire ministérielle. — Concours pour la nomination à une place de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Concours de 1908 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Jubilé de M. Magnan. — Renouvellement du bureau de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France . . . . .	337
Nominations et promotions : MM. Courbon, Halberstadt, Cornu, Robert, Ducos, Albès, Rougean, Rousset, Calmettes, Nouet, Maillard, Dromard, Levassort, Bécue, Ducosté, Dide, Baruk, Lambert. — Nécrologie : Dr Marandon de Montyel, professeur Mierzejewski. — Jubilé du Dr Magnan. — Séance annuelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Concours pour la nomination à une place de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Tribunaux. — Faits divers. — XVIII <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Dijon, 2 au 9 août 1908 . . . . .	500
Table des matières du tome VII de la 9 <sup>e</sup> série . . . . .	523

---

*Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.*